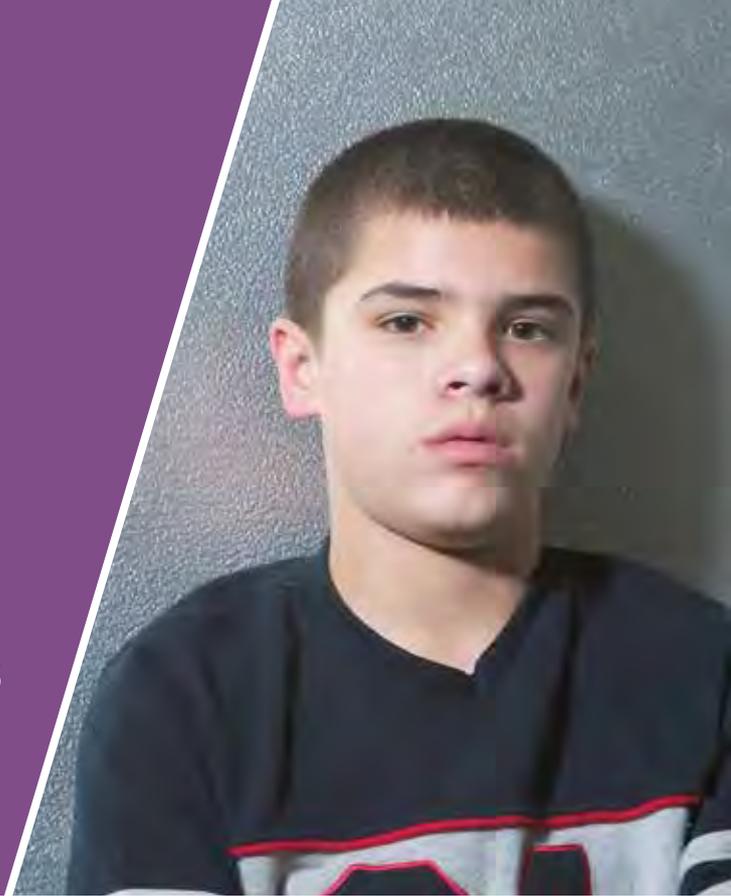


**Secteur Social et Médico-social :
Regards croisés,
Enjeux et perspectives**





Bernard Bazillon
Associé – Directeur national
Économie Sociale et Solidaire

Édito

Les équipes Économie Sociale et Solidaire de KPMG sont heureuses de vous présenter une étude sur les enjeux et perspectives auxquels doivent répondre les organismes gestionnaires privés non lucratifs œuvrant dans le secteur social et médico-social.

Les professionnels du secteur font actuellement face à une contraction des financements publics, à une rationalisation des coûts, impliquant notamment une gestion des ressources humaines au plus juste, à des contrôles renforcés et à un environnement législatif et réglementaire complexe. Ils s'adaptent pour poursuivre leurs actions auprès des personnes qu'ils prennent en charge (personnes âgées, personnes en situation de handicap, enfants, publics fragiles), en mettant en avant leur capacité d'innovation sociale, leur attachement à la qualité de leurs prestations, leur capacité de travail en réseau et en filière, leur ancrage territorial.

L'agilité et l'adaptabilité des entités du secteur sont un gage de pérennité pour répondre toujours mieux aux besoins des usagers dont les profils et les demandes évoluent en permanence.

Notre étude s'appuie sur trois démarches méthodologiques, à savoir :

- une analyse documentaire,
- une quinzaine d'entretiens individuels avec des praticiens et des observateurs du secteur social et médico-social,
- une enquête quantitative menée sur internet auprès de 235 professionnels du secteur.

Croisant les regards de différentes parties prenantes du secteur, nous espérons que cette étude participera à la réflexion commune de la société civile sur les mutations en cours dans le secteur de l'accompagnement social à la personne.



Philippe Da Costa

Président de la section éducation, culture et communication du CESE (Conseil économique social et environnemental)

Les profondes mutations qui touchent notre société questionnent le monde social et médico-social. L'indispensable nécessité d'adapter les pratiques

à un monde qui change fait partie des défis qui impactent fortement le secteur social. Dans ce contexte, l'étude réalisée par KPMG dégage les enjeux et perspectives majeurs pour l'ensemble des parties prenantes.

L'accélération des changements pose en permanence la question de la capacité d'adaptation : anticipation, coordination et qualité du pilotage sont les clefs d'une maîtrise du processus d'innovation et d'une bonne gestion des risques. La mise en œuvre d'une démarche qualité effective, appropriée à chacune des structures, accroît l'utilité sociale, la crédibilité et l'image du secteur vis-à-vis des financeurs et des partenaires. Ainsi, les sphères politiques, économiques et sociales s'interpénètrent en profondeur. La nécessité de co-construction s'impose et la gouvernance de l'intérêt général est mise en débat. Cette situation transforme en profondeur la nature même des relations. Elle impose de nouvelles règles de dialogue, de mise en œuvre des politiques d'action et d'évaluation des performances.

La reconnaissance des têtes de réseau par les pouvoirs publics dans leur fonction politique comme technique, dans leurs compétences, est un des moyens permettant l'adaptation et le développement du non lucratif, tout en préservant l'essentiel. Les mutations importantes du secteur conduisent les acteurs à créer des outils d'accompagnement à la mutualisation des associations du sanitaire et social et médico-social. L'ensemble du secteur a pour objectif final, au-delà

de la production de services pour les individus qu'elle accompagne, de jouer un rôle central dans la promotion de la solidarité et l'amélioration de la cohésion sociale. Cela implique de donner toute sa place à la mesure de l'utilité sociale dans le pilotage des actions, et de favoriser l'appropriation de cette démarche pour l'ensemble des acteurs.

Les associations ancrent leur légitimité dans la valorisation d'un projet inscrit dans un territoire de vie, de travail, en mettant en mouvement divers acteurs. Les activités déployées relèvent souvent d'une mission d'intérêt général, en contribuant au maintien et au renforcement de la cohésion sociale par une meilleure accessibilité de services aux populations. Cet accompagnement se double d'une large action bénévole de solidarité. Cette ambition passe par la promotion durable de la qualité de vie et du lien social.

Le cadre associatif connaît depuis plusieurs années, en France, un essor considérable, car il permet de répondre à ce besoin profond d'engagement des personnes, qui va en s'accroissant. Membres occasionnels ou plus impliqués, exerçant une activité ponctuelle ou régulière, elles trouvent dans le bénévolat une manière de donner collectivement un sens à leur action pour la société. La solidarité constitue le socle de ce que l'on pourrait appeler le besoin fondamental de l'Homme d'être lié aux autres et à la société, pour assurer sa protection face aux aléas de la vie ; mais également pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son humanité. Cette interdépendance fondamentale est constitutive du vivre ensemble. En tant que contrat social, la solidarité et la force de ces engagements doivent être réévaluées à l'aune des défis auxquels les sociétés modernes sont confrontées.

Préface

Sommaire

Introduction	6
Note méthodologique	8
État des lieux du secteur social et médico-social	10
Le contexte législatif et réglementaire de la politique sociale et médico-sociale	10
Le rôle et l'articulation des acteurs publics	12
Poids économique et financement du secteur social et médico-social	14
Les acteurs privés non lucratifs face à leurs concurrents	16
Une position originale	16
Une identité propre à préserver	18
Des perspectives contradictoires, mais porteuses d'opportunités	24
Des besoins en forte augmentation	25
« Faire mieux avec moins »	27
L'évocation de partenariats public-privé	27
Le bénévolat : la solution miracle ?	28
Différentes logiques de regroupement : économique ou militante	29
Conclusion	31
Bibliographie	32
Annexes	34

Introduction

Le secteur social et médico-social moderne est le fruit d'un modèle français, produit de l'histoire, qui combine les logiques de l'aide, de l'action et de la sécurité sociale. Il se trouve par ailleurs au cœur de l'actualité et des préoccupations sociétales françaises. Le vieillissement de la population française, sous l'effet de l'allongement constant de l'espérance de vie, constitue en outre un enjeu déterminant pour décrypter l'évolution prévisible du secteur social et médico-social national et la place que les acteurs privés non lucratifs pourront y occuper.

Plusieurs exemples, parfois tirés de la haute Antiquité, témoignent d'un mouvement conjoint de structuration des sociétés humaines et de prise en compte de la nécessité d'organiser une entraide entre travailleurs. Fermages collectifs en Babylonie, confréries romaines d'assistance et de sépulture, ateliers de chasseurs ou d'artisans dans l'ancienne Russie (qui préfiguraient les kolkhozes) constituent ainsi des formes primitives d'associations « mutualistes ». Les compagnons du bâtiment, qui construisirent le Temple de Salomon à Jérusalem et qui avaient mis en place un système d'entraide destiné à leurs pairs victimes d'accidents ou de maladies, peuvent également être considérés comme les ancêtres directs de leurs homologues qui parcoururent l'Europe au temps des cathédrales.

Cette solidarité de corps, notamment matérialisée par le compagnonnage et les corporations, se développera en Europe pendant tout le Moyen Âge et persistera en France jusqu'à la Révolution. Le Moyen Âge est par ailleurs marqué par l'essor du Christianisme et du devoir de charité et de secours que les hommes et femmes d'église s'imposent vis-à-vis des indigents : la création des premiers Hôtels-Dieu, à l'ombre des cathédrales et sous l'autorité des évêques, date du VII^e siècle - comme à Paris, en 651.

Pendant une grande partie du Moyen Âge, en outre, l'image du pauvre et celle du Christ souffrant sont souvent rapprochées. La pauvreté est donc assez largement assimilée à un idéal de vie comme en témoigne, au XIII^e siècle, la création de plusieurs ordres mendiants (Augustiniens, Franciscains, Carmes, Dominicains) qui prennent leur part, de fait, dans l'absorption de la misère.

Entre temps, la Révolution apporte son lot d'évolutions contradictoires : si la loi Le Chapelier a aboli les corporations, le compagnonnage et les mécanismes de solidarités qui y étaient liés en juin 1791, elle a indirectement inspiré le décret du 19 mars 1793 instituant l'assistance publique. Cette logique est confirmée par l'article 21 de la Constitution du 24 juin 1793 : **« Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ».**

Bien que le Directoire retourne au cadre traditionnel de l'assistance en rappelant les religieux et en abandonnant la nationalisation des secours, il crée dès 1796 les bureaux de bienfaisance, véritables ancêtres des Centres communaux d'action sociale (CCAS). Le système hospitalier français, quant à lui, est durablement reconstruit sous le Consulat et l'Empire.

Le XIX^e siècle voit émerger des institutions privées non lucratives comme l'Infirmier Protestant (1844), la Fondation de Rothschild (1852), l'association Léopold Bellan (1884, devenue fondation en 1996) qui participent encore aujourd'hui au service public de santé. Par ailleurs, c'est au président Bonaparte, puis à celui qui était devenu Napoléon III, que le mouvement mutualiste français doit son essor, à travers deux textes de 1850 et de 1852 : la loi sur les sociétés de secours mutuels, puis le décret sur les sociétés de secours mutuels approuvées. Le premier congrès national des sociétés de secours mutuels, organisé à Lyon en 1883, marque la naissance de la Mutualité française telle qu'elle existe aujourd'hui.

L'appréhension du système de protection sociale français a pris un relief nouveau depuis la survenue de la crise financière mondiale de l'automne 2008 et de ses corollaires - aggravation des déficits sociaux, augmentation rapide du nombre des demandeurs d'emplois.

Ainsi, bien que ce rapport s'attache principalement à étudier les enjeux et perspectives des acteurs privés non lucratifs dans le secteur social et médico-social sous l'angle de la prise en charge des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées, il ne peut ignorer la raréfaction générale des ressources publiques.

En 2010, les dépenses de protections sociales s'élevaient à 654,2 milliards d'euros. Les prestations de protections sociales constituent la majeure partie de ces dépenses (620,8 milliards d'euros).¹

Outre les dépenses relevant des risques maladie et vieillesse-survie, qui représentent les trois quarts des prestations, la croissance des dépenses est, depuis 2008, tirée à la hausse par les prestations du risque emploi et pauvreté : + 5 % dès 2008 et + 13 % en 2009 pour les premières et une augmentation de 5,6 % pour les secondes traduisant ainsi la montée en charge du revenu de solidarité active. Par ailleurs, on dénombre en 2012 plus de 8 millions de personnes veillant sous le seuil de pauvreté.²

Au-delà des chiffres, il est aisé de comprendre que notre modèle social implique que les français travaillent pour pouvoir financer les dépenses sociales. L'augmentation du chômage et de la pauvreté constitue, du point de vue des finances publiques, un cercle vicieux.

Il est toutefois un élément incontournable pour l'avenir du système social français : la démographie. Au 1^{er} janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005². La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005.

En 2010, les dépenses de protection sociale s'élevaient à 654,2 milliards d'euros.

La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable.

L'ensemble de ces éléments de contexte permet d'appréhender le secteur social et médico-social français et le rôle spécifique que les acteurs privés non lucratifs pourront y occuper.

Dans cette perspective, ce dossier s'attachera à dresser un état des lieux sous les angles législatif, institutionnel et économique.

A partir d'une comparaison sommaire entre les différentes catégories d'acteurs (publics, privés, lucratifs ou commerciaux) les spécificités des organisations privées non lucratives seront mises en évidence ainsi que les perspectives qui s'offrent à elles dans un contexte en forte évolution.

Au 1^{er} janvier 2050, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.

¹ Insee - Tableaux de l'économie française - édition 2013

² Observatoire des inégalités - publication du 21 octobre 2013

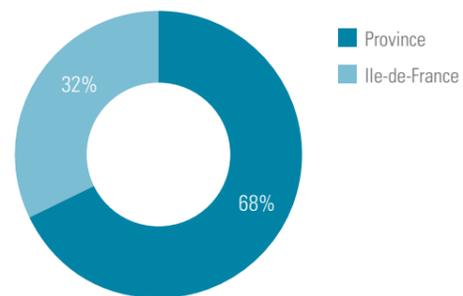
Note méthodologique

Ce travail s'appuie sur trois sources principales :

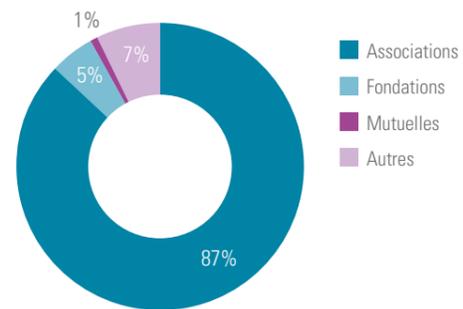
- une analyse documentaire (cf. bibliographie en annexe) ;
- une quinzaine d'entretiens individuels réalisés de juillet à octobre 2011 avec des praticiens et des observateurs du secteur social et médico-social (directeurs d'établissements privés non lucratifs, publics ou privés commerciaux, responsables de fédérations, représentants de collectivités territoriales ou d'observatoires) ;
- une enquête quantitative menée sur Internet par KPMG auprès de 235 professionnels du secteur en septembre 2011 (cf. annexe 1).

Typologie des 235 répondants à l'enquête

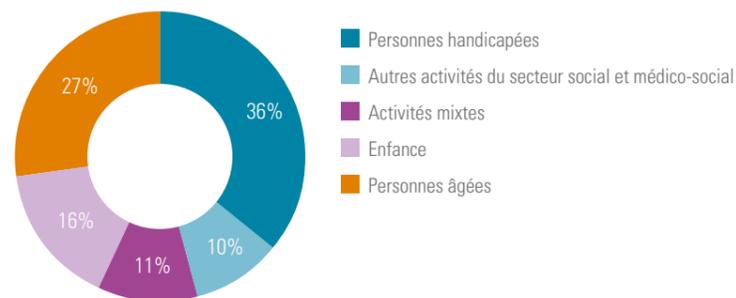
Zones géographiques



Types de structures



Secteurs d'activité



État des lieux du secteur social et médico-social

Selon les professeurs Robert Lafore et Michel Borgetto, qui commentent le Code de l'action sociale et des familles¹, le droit des politiques sociales vise à transformer le réel afin de réduire les inégalités et de rétablir un lien social entre les individus. Les évolutions récentes de ce droit pluridisciplinaire et complexe montrent que les bases juridiques des politiques sociales sont en pleine mutation au contact des processus recalibrant l'action de l'État (décentralisation, européanisation), en raison de la nécessaire adaptation de certaines politiques sociales individualisées (traitement du chômage, politique de dépendance) et de la lutte contre les nouvelles pauvretés.

Le contexte législatif et réglementaire de la politique sociale et médico-sociale

Les évolutions législatives depuis 1975

Le véritable acte de naissance du secteur social et médico-social est issu de deux textes du 30 juin 1975 :

- la loi n° 75-735 relative aux institutions sociales et médico-sociales, instaurant une logique d'acteurs ;
- la loi n° 75-734 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Le premier texte a été modernisé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, qui vise à promouvoir le droit des usagers, mais aussi à accompagner et à promouvoir l'innovation dans une double logique de diversification de l'offre et de diversification des financements.

En outre, cette loi impose une évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations des établissements à vocation sociale et médico-sociale. Elle fixe également des obligations de formation et de qualification pour les professionnels du secteur.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » rénove quant à elle profondément les dispositions du second texte, et crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH - article 64) issues de la fusion des CDES et des COTOREP.

Entre temps, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées avait créé par exemple un nouvel acteur pour le financement de la dépendance : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes handicapées et âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'État. L'action de la CNSA est coordonnée sur la base des Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Par ailleurs, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 a confirmé le rôle du Département comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale, ce qui a suggéré chez plusieurs praticiens et commentateurs du droit de la politique sociale l'expression de « Département-providence » (voir la seconde partie de ce chapitre : le rôle et l'articulation des acteurs publics).

Cependant, l'évolution récente la plus significative intéressant le secteur social et médico-social est la loi dite hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Elle crée notamment les Agences régionales de santé (ARS), dont le poids est prépondérant en matière d'attribution de financements publics et sous la tutelle desquelles est placé ipso facto le secteur sanitaire et médico-social.

Les ARS

Les ARS (Agences Régionales de Santé) sont conçues, au sein de l'article 118 de la loi HPST, comme le pilier de la réforme du système de santé. Elles doivent notamment coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social (EHPAD, ESAT, etc.). En unifiant des forces dispersées, elles visent à accroître l'efficacité des politiques de santé et à simplifier leur application. Interlocuteur régional unique, l'ARS doit garantir aux professionnels de santé des procédures simples et une bonne coordination.

Les ARS sont financées par la subvention de l'État et les contributions de l'assurance-maladie, définies sur la base de la loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis 2010, elles ont pour objectifs :

- le développement d'actions de santé publique mieux ciblées régionalement ;
- l'amélioration de l'accès aux soins, du système de garde et de la répartition de l'offre de soins ;
- l'amélioration des parcours de soins, notamment entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux ;
- la lutte contre la désertification médicale, la promotion de la continuité des soins ;
- le pilotage des réformes du secteur médico-social (procédure d'appel à projets, convergence tarifaire dans les EHPAD - établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- la maîtrise des dépenses de santé.

Au sein des ARS, les responsabilités sont réparties entre un Directeur général et plusieurs instances de concertation, garantes de la représentation et de la participation de toutes les parties prenantes au débat public.

Les ARS doivent contribuer à renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé afin de mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et de lutter contre les inégalités de santé. Dans ce dessein, chacune établit un schéma régional d'organisation médico-sociale et veille à l'articulation régionale de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de sa compétence.

Cette loi organise un découplage des secteurs sanitaire et social, désormais réunis au sein des ARS.

La loi HPST institue également un système d'appels à projets pour la création, la transformation ou l'extension des établissements médico-sociaux. Ainsi, les organisations du secteur social et médico-social sont invitées à proposer leur réponse aux projets régionaux de santé définis par les ARS. Ces dernières sélectionnent les réponses les plus adaptées aux priorités qu'elles ont définies et leur

apportent autorisations et budgets. Ce système vise à favoriser la cohérence des projets autorisés avec les priorités de l'ARS et à en garantir le financement. Toutefois, il n'existe pas de consensus, parmi les professionnels du secteur privé non lucratif, sur le bien-fondé de cette nouvelle logique.

Le Code de l'action sociale et des familles

Outre le Code de la santé publique et le Code de la sécurité sociale, le secteur social et médico-social est plus spécifiquement réglementé par le Code de l'action sociale et des familles

(CASF). Ce Code prévoit que l'État définit et met en œuvre les politiques sociales, qu'il coordonne l'ensemble des actions sociales et qu'il finance l'action et l'aide sociales. Le processus de décentralisation implique que ces rôles puissent être exercés par les régions, les départements et les communes.

Par ailleurs, dans son article L312-1, le CASF définit les établissements et services sociaux et médico-sociaux (voir annexe 2).

Le rôle et l'articulation des acteurs publics

L'État

Depuis la mise en place des lois de décentralisation et délocalisation, l'État conserve un rôle d'impulsion en matière de politiques sociales, notamment par l'intermédiaire des administrations centrales.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) veille à la cohérence nationale et territoriale des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité.

Un Secrétaire général auprès des ministres chargés des affaires sociales est chargé de coordonner l'action administrative, mais aussi de préparer et de mettre en œuvre la politique d'amélioration de la gestion publique. En liaison avec les directeurs généraux, il veille à la coordination de l'activité juridique des services, à l'adaptation des structures administratives et à la mise en œuvre de conventions d'objectifs.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) joue un rôle essentiel d'inspection, mais aussi de proposition par l'intermédiaire de son rapport annuel. Ainsi, en 2002, son rapport intitulé « Politiques sociales et territorialisation » mettait en évidence la nécessité d'améliorer la territorialisation des interventions sociales des services de l'État.

Il existe également plusieurs organismes nationaux placés sous la tutelle des ministères en charge de la santé, de l'aide et de l'action sociale : le Conseil supérieur du travail social ; le Conseil national consultatif des personnes handicapées. On peut aussi citer les institutions suivantes : le Conseil pour les droits et devoirs des familles ; le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le Comité national

des retraités et personnes âgées ; prévus par le CASF. La veille sociale apparaissant cruciale, plusieurs observatoires ont enfin été mis en place, comme l'Observatoire national de l'enfance en danger (depuis 2004) et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, également prévu par le CASF.

L'échelon régional

Au niveau de la circonscription administrative régionale, la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) a vu son rôle affaibli par la création, en 1996, des Agences régionales de l'hospitalisation - devenues Agences régionales de santé (ARS). Ces dernières ont concentré, nous l'avons vu, les instances déconcentrées de l'État à quelques missions essentielles : elles sont chargées de contrôler l'application de la législation sociale et de coordonner l'ensemble des actions conduites par les services de l'État. Par ailleurs, dans le cadre de la Réate (Réforme de l'administration territoriale de l'État), les DRASS ont été fusionnées avec les Directions régionales de la jeunesse et des sports (DRJS) et les Directions régionales de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé), au sein des nouvelles Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Le Département (cf. annexe 3)

Depuis la loi n° 86-16 du 6 janvier 1986 relative à l'organisation des régions et portant modification de dispositions relatives au fonctionnement des conseils généraux, le Département est devenu le principal dépositaire des compétences sociales. Le service social départemental a pour mission d'« aider les personnes en difficulté à retrouver ou à

développer leur autonomie de vie ». Les grands domaines d'intervention des départements sont la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, l'aide aux personnes âgées, l'aide à l'enfance, et les aides aux personnes handicapées. En application de l'article L.121-1 du CASF, les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours - à l'exception toutefois des prestations qui continuent à relever de l'État. En pratique, le Département habilite de nombreux établissements publics à mettre en œuvre les actions sociales et médico-sociales dont il a la charge. Le Département a vu ses dépenses d'aide sociale exploser en raison de la gestion particulièrement coûteuse de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

En 2011, les dépenses brutes des conseils généraux de France métropolitaine atteignent près de 29,1 milliards d'euros pour les quatre grandes catégories d'aide sociale¹, soit une nouvelle progression de 1,1 % en euros constants comme l'illustre le tableau ci-contre.

En moyenne, ces dépenses représentent 63% des dépenses de gestion courante des départements.²

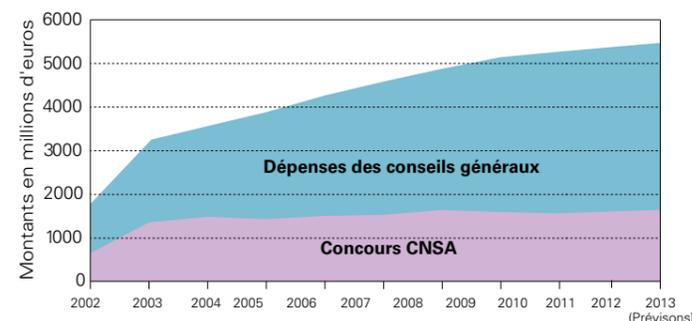
Chargé des dépenses de solidarité dites de proximité, le Département gère ainsi, entre autres, l'aide sociale aux personnes âgées, la politique de soutien aux personnes handicapées ainsi que l'aide sociale à l'enfance - son rôle dans ce domaine a encore été accru par la loi du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection de l'enfance.

Le Département est donc progressivement devenu le « grand ordonnateur de la lutte contre l'exclusion »¹. En effet, son rôle avait été étendu aux personnes en situation précaire avec la gestion, depuis le 1^{er} janvier 2004, du RMI puis du RSA.

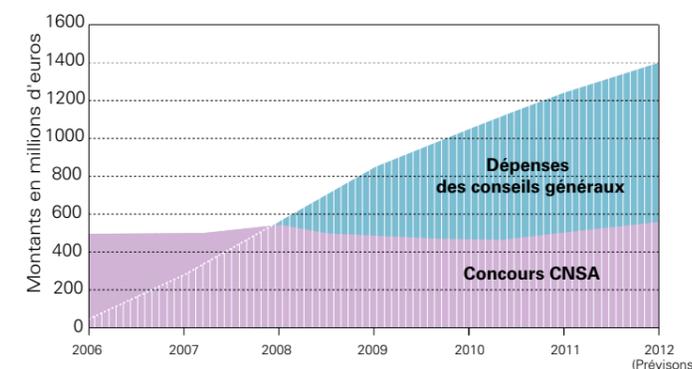
La Commune

Dans le domaine de l'aide et de l'action sociale, l'échelon communal joue un rôle à la fois subsidiaire et primordial. La commune instruit les demandes d'aide sociale formulées par ses administrés auprès des Centres communaux (ou intercommunaux) d'action sociale (CCAS ou CIAS), sur lesquelles statuent ensuite les services du Conseil général. Les CCAS peuvent également exercer, dans le cadre d'une convention, des compétences déléguées à la Commune par le Département - plus de 64% d'entre eux ont par exemple choisi d'exercer la compétence d'instruction des demandes de RSA. Le réseau des CCAS constitue également, de fait, un observatoire des impacts de la crise puisque depuis le dernier trimestre 2008, 75% des CCAS et CIAS ont par exemple constaté une forte hausse des demandes d'aide sociale (financières, mais surtout alimentaires).

Évolution des dépenses APA et du concours CNSA



Évolution des dépenses PCH et du concours CNSA



Source : CNSA, Chiffres Clés 2013

Évolution des dépenses totales d'aide sociale

	2007	2008	2009	2010	2011 (p)	Évolution (en euros constants pour les dépenses)	
	Dépenses en millions d'euros courants					2011/2010	2011/2007
Aide sociale aux personnes âgées							
dépenses brutes	6 867	7 238	7 564	7 838	7 967	-0,5%	8,7%
dépenses nettes	5 758	6 111	6 382	6 626	6 770	0,0%	10,2%
Aide sociale aux personnes handicapées							
dépenses brutes	4 708	5 136	5 603	5 993	6 365	4,0%	26,7%
dépenses nettes	4 351	4 729	5 148	5 496	5 834	3,9%	25,6%
Aide sociale à l'enfance							
dépenses brutes	5 737	6 052	6 382	6 635	6 863	1,3%	12,1%
dépenses nettes	5 638	5 927	6 259	6 510	6 682	0,5%	11,0%
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et RSA							
dépenses brutes	6 482	6 466	7 007	7 674	7 879	0,5%	13,9%
dépenses nettes	6 329	6 288	6 633	7 369	7 544	0,2%	11,7%
Total des dépenses des 4 grandes catégories d'aide sociale							
dépenses brutes	23 793	24 892	26 556	28 140	29 074	1,1%	14,5%
dépenses nettes	22 076	23 054	24 422	26 001	26 830	1,0%	13,9%
Dépenses totales (y compris frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention)							
dépenses brutes	26 571	27 792	29 528	31 223	32 156	0,8%	13,4%
dépenses nettes	24 788	25 885	27 250	28 939	29 753	0,7%	12,5%

(p) : provisoire - Champ France métropolitaine

Sources : DREES - Enquête aide sociale - Derniers chiffres publiés, au 30 septembre 2013.

¹ hors services communs et autres interventions sociales, et hors frais de personnels à l'exception de ceux liés au RSA

² Études et résultats - DRESS n°792 - Mars 2012

Sources : DESL - DGCL /Comptes administratifs 2010.

Poids économique et financement du secteur social et médico-social

Si les missions de l'action sociale et celles des établissements et services du secteur social et médico-social sont précisément définies par les articles L.116-1, L.116-2, L.311-1 et L.312-1 du CASF, il n'existe pas à proprement parler de définition du secteur social et médico-social. Celui-ci se situe en effet aux confins des domaines sanitaires et sociaux et s'appuie sur les compétences des professionnels des deux domaines. Né sous la pression d'associations militantes, il demeure structuré en tuyaux d'orgues, s'adressant à des populations définies grâce à des établissements et services spécifiquement dédiés. Des tensions voient le jour entre acteurs pour capter et sanctuariser la partie la plus importante possible d'enveloppes budgétaires fermées et de plus en plus réduites.

Le rappel de quelques éléments d'ordre général remettra donc dans leur contexte les aspects économiques d'un secteur dont, par essence, les contours sont flous.

Depuis la crise financière mondiale de l'automne 2008, l'aggravation des déficits sociaux et l'augmentation exponentielle du nombre de demandeurs d'emplois ont en effet touché, entre autres, le secteur social et médico-social.

Ayant atteint 11,6 milliards d'euros en 2005, le déficit du régime général de la Sécurité sociale a passé la barre des 12 milliards en 2007 et celle des 20 milliards en 2009. Pour l'année 2012, le solde du régime général de la Sécurité sociale s'établit à 13,3 milliards d'euros.

La chute de la masse salariale provoquée par la crise économique a engendré un manque à gagner d'environ 8 milliards dès 2009, et du double en 2010. Quant à la seule Assurance-maladie, son déficit représente 7,7 milliards d'euros en 2013.

Ces précisions liminaires sont importantes dans la mesure où la Sécurité sociale finance la partie du secteur social et médico-social relevant du soin, au sens sanitaire du terme. Elle intervient donc dans le financement des établissements du secteur, essentiellement par l'intermédiaire de la branche maladie - même si elle peut être conduite à participer indirectement aux dépenses à la charge des résidents de maisons de retraite, par le versement des pensions.

Le déficit du régime général de la Sécurité sociale a passé la barre des 12 milliards d'euros en 2007 et celle des 20 milliards d'euros en 2009.



Les acteurs privés non lucratifs face à leurs concurrents

Le secteur privé à but non lucratif, composé d'associations régies par la loi de 1901, de congrégations, de fondations, de mutuelles, d'organismes de protection sociale et de syndicats, présente un caractère protéiforme qui répond aux enjeux réglementaires et de financement complexes dans le cadre desquels son activité s'inscrit. Ses différentes composantes, très souvent héritières d'une tradition militante, n'en constituent par moins, ensemble, le premier gestionnaire de services sociaux en France. Le secteur privé à but non lucratif offre en effet plus de la moitié des capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes vulnérables, dont 88,5% sur le seul champ du handicap. Face, d'une part, à un secteur public présentant des réponses essentiellement médicales et, d'autre part, à des acteurs privés commerciaux soumis à l'impératif du retour sur investissement, le secteur privé non lucratif occupe une place originale et précieuse au sein de l'univers social et médico-social.

Une position originale

Philosophie générale du secteur privé non lucratif

Les acteurs privés non lucratifs du secteur social et médico-social s'inscrivent dans l'économie sociale et solidaire, dont les principes sont régis par la Charte de l'économie sociale (cf. Annexe 4). Ce texte, actualisé en 1995, présente les valeurs et les caractéristiques formant l'idéal autour duquel se rassemblent des organisations partageant un rapport original à la société et à ses enjeux. Il proclame en particulier que l'économie sociale repose sur :

- la primauté de la personne et de l'objet social sur le capital ;
- la liberté d'adhésion ;
- la gestion démocratique, par les membres ;
- la cohérence des intérêts des membres usagers et de l'intérêt général ;
- la mise en œuvre des principes de solidarité et de responsabilité ;
- l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics ;
- le caractère impartageable des excédents de gestion.

L'offre publique

Le secteur public offre aux populations fragiles des réponses jugées plus « standardisées », construites sur les modèles généraux du domaine sanitaire. Dès les années 1970, avec une approche médicale, il fut au cœur du développement des structures d'accueil de la petite enfance. Les pouvoirs publics sont ainsi devenus les principaux gestionnaires et les principaux financeurs de ces structures.

Toujours au cours des années 1970, il est également devenu le premier gestionnaire d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, sur la même base que celle du développement de structures médicalisées. Pourtant, dans les champs d'activité où le secteur public est traditionnellement dominant, la part relative de ses capacités d'accueil diminue progressivement depuis 20 ans. En 2011, 54,1% des places d'hébergement installées aux personnes âgées relevaient d'opérateurs publics ⁽¹⁾.

Depuis les mouvements successifs de décentralisation, la plupart des structures publiques sont gérées par les collectivités locales.

Le secteur privé commercial

Les évolutions démographiques jouant en leur faveur, les acteurs privés ont assez largement investi le champ de l'accueil des personnes âgées depuis la fin des années 1980. Ainsi, entre 1986 et 1988, 47% des places d'hébergement de personnes âgées ont été ouvertes sur fonds privés, par des entreprises commerciales. Bien plus récemment, presque deux tiers des 7 500 places d'accueil, ouvertes grâce aux fonds provenant de la journée de solidarité (instaurée par le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin suite à la canicule de 2003), l'ont été au sein de structures privées commerciales.

Des groupes importants (Orpéa, Korian, Médica, le Noble Age et DomusVi), se partagent l'essentiel de ce marché et attirent de nombreux investisseurs. Leur modèle de gouvernance est tout à fait classique : il implique soit un conseil d'administration ou un directoire associé à un conseil de surveillance, répondant à des actionnaires.

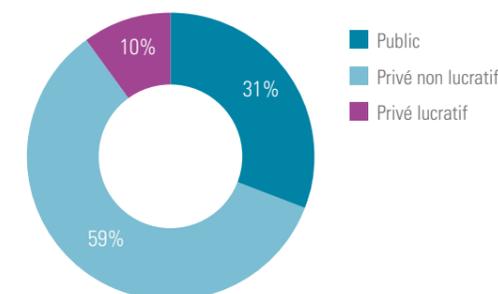
(1) Source : DREES, Enquête EHPA 2011

Le secteur privé à but non lucratif offre plus de la moitié des capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes vulnérables, dont 88,5% sur le seul champ du handicap.

Entre 1986 et 1988, 47% des places d'hébergement de personnes âgées ont été ouvertes sur fonds privés, par des entreprises commerciales.

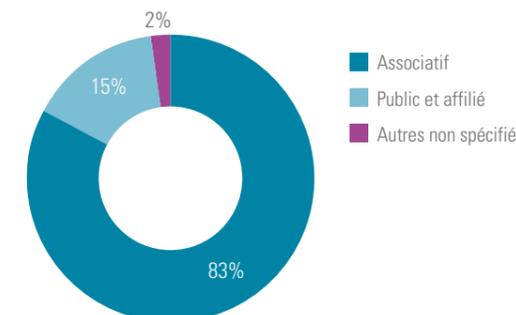
Illustrations des poids respectifs des différents types d'acteurs

Lits et places dans les établissements et services médico-sociaux



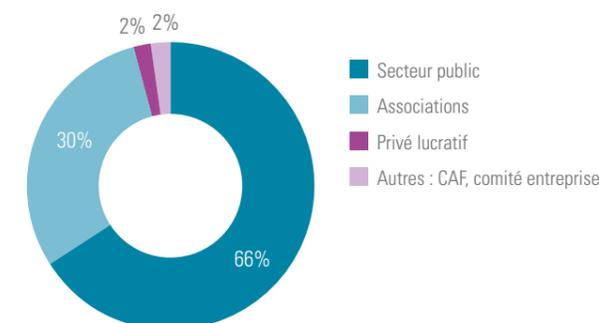
Répartition des emplois par statuts juridiques

Structures d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées



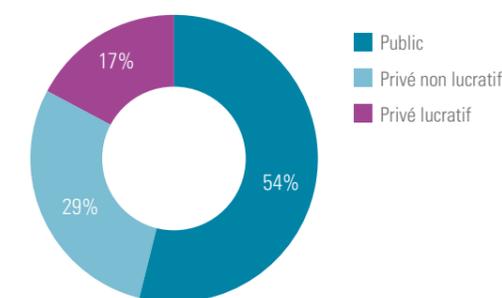
Source : Enquête DREES, ES 2006, calculs UNIOOSS

Structures d'accueil de jeunes enfants de moins de 6 ans en 2008



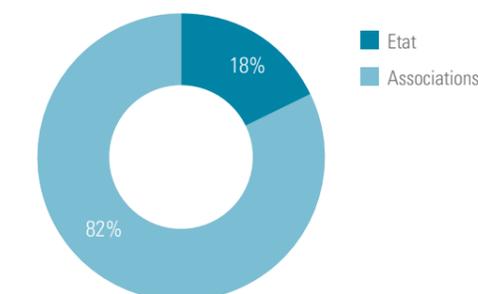
Source : Enquête PMI-DREES 2008, calculs UNIOOSS

Structures d'hébergement pour personnes âgées



Source : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/07 - Document de travail N°142, février 2010, DREES

Structures mettant en œuvre des mesures judiciaires auprès des mineurs délinquants, mineurs en danger et jeunes majeurs



Source : Projet de loi de finances 2011, calculs UNIOOSS

Une identité propre à préserver

Atouts et contraintes

L'histoire, l'inspiration, les valeurs et la diversité des acteurs privés non lucratifs du secteur social et médico-social contribuent largement à dessiner le contour des caractéristiques de ces acteurs, de leurs forces et de leurs faiblesses. Selon l'enquête menée par KPMG auprès de 235 professionnels du secteur, les principaux atouts mis en avant par ces derniers sont :

- leur projet politique, au caractère militant (premier atout pour 27% des répondants) ;
- leur souplesse, leur adaptabilité à tous les publics (26%) ;
- leur capacité d'innovation et d'expérimentation (23%) ;
- leur proximité avec le terrain, leur vision des besoins (17%) ;
- l'engagement de leurs personnels (7%) est cité dans une moindre mesure.

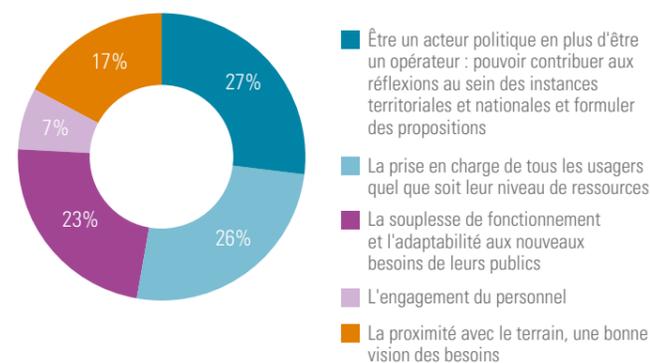
Ces mêmes acteurs ont été questionnés sur ce que devrait être leur principale valeur ajoutée. L'ordonnement des réponses subit alors quelques modifications. L'adaptation permanente aux besoins du public (36%) arrive en première position devant le mode de gouvernance qui se doit d'être démocratique et d'impliquer les usagers et le personnel (28%).

Au titre des faiblesses du secteur, la contrainte des ressources financières est première citée, par 41% des répondants. La gouvernance et les enjeux liés à la taille des opérateurs sont ensuite respectivement évoqués comme principale source d'inquiétude par 15% et 13% des praticiens ayant participé à l'enquête. De manière plus précise, d'autres acteurs soulèvent des questions comme la maîtrise de l'équilibre économique (9%), l'organisation gestionnaire de leur institution (8%), la gestion du personnel (6%), les conventions collectives (4%) et enfin l'évaluation (4%).

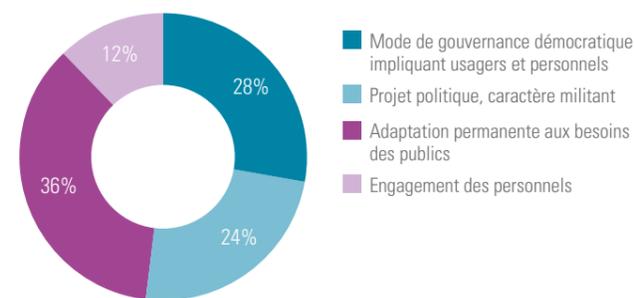
Leur projet politique, au caractère militant premier atout des acteurs du secteur social et médico-social pour 27% des répondants.

L'adaptation permanente aux besoins du public (selon 36% des acteurs) devrait être la première valeur ajoutée.

Les forces des acteurs



La valeur ajoutée



Au titre des faiblesses du secteur, la contrainte des ressources financières est la première citée, par 41% des répondants.

L'ensemble de ces éléments est évidemment à prendre en compte, au premier chef, pour envisager l'avenir du secteur privé non lucratif : il conviendra évidemment pour lui de s'appuyer sur ses atouts et de minimiser ses faiblesses. Dans cette perspective, bien qu'elle ne soit spontanément et spécifiquement évoquée que par une très faible part des répondants, l'évaluation constitue une problématique transversale et capitale, dans la mesure où ces acteurs exercent leur activité dans un environnement dont le caractère concurrentiel s'accroît en permanence avec la contraction des ressources disponibles, la pression croissante des pouvoirs publics et, notamment, le développement des procédures d'appels d'offres.

A cet égard, l'enquête en ligne et les entretiens conduits auprès d'une quinzaine de praticiens, dirigeants et observateurs, publics et privés, du secteur médico-social, ont permis de mettre en lumière cinq enjeux essentiels et stratégiques pour les acteurs privés non lucratifs. Il est ici proposé quelques pistes pour la définition de chacun de ces enjeux, une série d'indicateurs possibles pour leur mesure, ainsi que les atouts qu'ils présentent ou les contraintes qu'ils font peser sur le secteur privé non lucratif.

La qualité de service

Définie par un tiers des répondants comme la capacité d'innovation et de réponse aux demandes des usagers, et par un autre tiers comme l'engagement et l'écoute des personnels dans leur relation aux usagers, la qualité de service revendiquée par le secteur privé non lucratif repose largement sur la satisfaction et l'écoute des bénéficiaires. Pour d'autres acteurs, plus particulièrement du secteur privé commercial, la qualité de service doit se mesurer essentiellement à l'aune de la conformité de leurs activités aux divers référentiels et conventions qui les encadrent, et évoquent également la qualité du soin prodigué aux usagers.

La loi 2002-2 de rénovation et de modernisation sociale impose effectivement à tous les établissements et services du secteur social et médico-social une évaluation de leur activité et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Cette autoévaluation obligatoire, qui doit être complétée périodiquement par un œil extérieur, est inégalement mise en œuvre au sein des organismes relevant du secteur privé non lucratif. S'il n'existe pas d'accord complet entre les répondants au questionnaire et les personnalités interrogées sur une définition précise de la qualité de service, l'idée est bien partagée entre eux que celle-ci n'est pas l'apanage

d'une catégorie d'acteurs ou de l'autre. La qualité de service, le plus souvent, renvoie chaque acteur à la problématique de la gouvernance de l'établissement considéré.

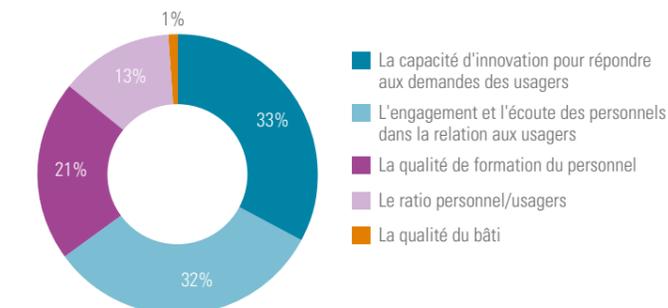
Néanmoins, dans la mesure où une très large proportion des répondants assimile la qualité du service rendu à la satisfaction des besoins des usagers, cette qualité ne peut qu'être mesurée directement auprès de ces derniers ou de leurs familles, par le biais d'enquêtes de satisfaction. Plus largement, pourtant, le caractère hétéroclite des situations prises en charge par les différentes institutions incite chaque acteur à proposer les indicateurs les mieux adaptés à ses problématiques : mesure de progrès objectifs des personnes handicapées, rapport qualité-prix de la prestation, taux d'insertion ou de régularisation des jeunes pris en charge.

En tout état de cause, dans le domaine de la qualité de service, les acteurs privés non lucratifs ont de forts arguments à faire valoir : leur héritage militant est très souvent considéré comme un gage d'exigence et de meilleure prise en compte des besoins des usagers, même si les institutions commerciales font valoir le caractère stimulant, à cet égard, de l'environnement concurrentiel dans lequel elles évoluent.

Les principales faiblesses



La qualité de service



La performance économique

Dans un contexte de crise, l'impératif de l'équilibre économique s'impose comme une évidence à la vaste majorité des acteurs du secteur social et médico-social, quel que soit leur statut. Pourtant, les acteurs du secteur privé non lucratif soulignent le caractère prépondérant du projet politique et de la satisfaction des besoins des usagers, par rapport aux préoccupations de rentabilité.

Les indicateurs classiques de mesure de la performance économique bien connus par l'ensemble des acteurs : structure des coûts, respect des budgets, contrôle des dépenses et taux d'occupation des établissements sont ainsi largement mesurés ou pris en compte.

Dans ce domaine, le secteur privé non lucratif, souvent moins acquis que les entreprises commerciales aux principes de la saine gestion, dispose encore d'une large marge de progression. « *Pendant longtemps, l'équilibre économique n'était pas pris en compte, les déficits étant systématiquement repris d'une année sur l'autre* ». Une logique de rationalisation s'est pourtant progressivement imposée à ce secteur, sous l'effet de la raréfaction des ressources publiques.

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, regroupements entre structures et recentrage de ces dernières autour de leurs cœurs de métier constituent autant d'armes qui permettent notamment aux institutions importantes de réduire leurs coûts tout en améliorant la qualité de leur service.

La gouvernance

En matière de gouvernance, chaque type d'acteur semble développer une approche qui lui est propre. Les opérateurs commerciaux estiment le plus souvent que leur responsabilité vis-à-vis de leurs actionnaires est garante d'une gouvernance efficace. Plus spécifiquement, la large autonomie qu'ils accordent aux directeurs d'établissements, qui garantit à chaque établissement sa personnalité propre et sa meilleure adéquation opérationnelle aux spécificités du public qu'il accueille, est particulièrement adaptée au secteur social et médico-social.

A l'inverse, certains représentants du secteur privé non lucratif, considèrent leur mode de gouvernance, enraciné dans la proximité, comme l'un de leurs atouts majeurs. Les administrateurs étant des militants non rémunérés, ils sont à la fois engagés et responsables : soumis aux mêmes responsabilités et contraintes de gestion que leurs homologues du privé, leurs actions s'inscrivent pourtant dans une logique voisine de celle du service public.

Par ailleurs, l'enquête en ligne met en évidence trois critères essentiels permettant aux acteurs privés non lucratifs d'évaluer la qualité d'une gouvernance. Pour 47% d'entre eux, celle-ci doit impliquer l'ensemble des parties prenantes de la structure (usagers, salariés, partenaires, etc.). Plus du tiers considère qu'une gouvernance saine implique d'abord une totale transparence dans l'utilisation des moyens. 18%, enfin, mettent en avant le respect des budgets et le contrôle des dépenses.

Plusieurs des personnalités interrogées ont permis de mettre en exergue une série d'indicateurs dont le croisement permet d'évaluer la qualité d'une gouvernance :

- l'existence d'un projet établi, écrit et partagé (ou consultable facilement) ;
- le nombre total des administrateurs ;
- le taux de renouvellement des administrateurs ;
- la participation de représentants des usagers au conseil d'administration ;
- la formation des administrateurs.

Enfin, ces personnalités confirment pour la plupart l'importance de l'implication des parties prenantes à la gouvernance des organisations. Le secteur associatif, à cet égard, est l'héritier de traditions favorisant ces démarches, moins naturelles pour les acteurs publics ou privés commerciaux. En outre, cette ouverture favorise mécaniquement, au moins en théorie, à la fois la transparence et une saine gestion. Enfin, à taille égale, la gouvernance des organismes privés non lucratifs est jugée plus réactive que celle des structures publiques et davantage tournée vers les besoins des bénéficiaires que celle des entreprises commerciales.

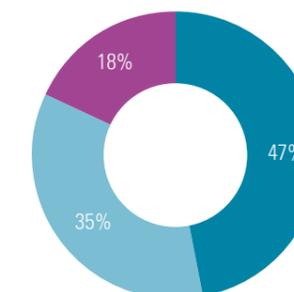
Le mode de gouvernance du secteur privé non lucratif, façonné par l'intérêt du bénéficiaire et capable d'innovation, doit donc certainement être valorisé comme un atout de tout premier plan, même si, dans bon nombre d'institutions, il dispose certainement encore de marges d'amélioration.

Pour 47% des répondants, une gouvernance doit impliquer l'ensemble des parties prenantes de la structure (usagers, salariés, partenaires, etc.).



Pendant longtemps, l'équilibre économique n'était pas pris en compte, les déficits étant systématiquement repris d'une année sur l'autre.

Une bonne gouvernance



- La participation des parties prenantes (usagers, salariés, partenaires...) aux mécanismes de gouvernance
- La transparence sur l'utilisation des moyens
- Le respect des budgets et le contrôle des dépenses



L'innovation sociale

Il existe un quasi-consensus parmi les acteurs du secteur social et médico-social, quel que soit leur statut, sur la définition de l'innovation sociale. La capacité à déceler des besoins non satisfaits, à multiplier les réponses, à prendre en charge de nouvelles demandes est fréquemment évoquée ou traduite de façon plus originale par l'un des représentants du secteur par cette formule : « *Innovater, c'est faire ce qui a été oublié* ».

En revanche, les champs ouverts à l'innovation sociale sont à la fois trop vastes et trop nombreux, selon la plupart des acteurs du secteur, pour qu'ils se risquent à proposer des indicateurs ou des outils d'évaluation dans ce domaine.

Pourtant, quel que soit l'angle considéré (technique, pratique, relationnel, financier, de gouvernance), la proximité du terrain des organismes du secteur privé non lucratif, leur souci du bénéfice à l'usager et leur esprit souvent militant favorisent naturellement l'innovation, le partage et la diffusion des bonnes pratiques.

L'impact sociétal

L'impact sociétal se répartit sur trois échelons : l'impact sur les publics pris en charge ; l'impact sur le territoire ; l'impact global sur la société.

Les praticiens et analystes interrogés sur l'impact sociétal du secteur social et médico-social évoquent tout d'abord l'emploi. En effet, selon des chiffres UNIOPSS-CNAR de juin 2012, le secteur emploie 686 554 salariés en France, hors aide à domicile.¹ Certaines organisations du secteur privé non lucratif affichent des effectifs salariés supérieurs à 5 000 personnes. Ils apparaissent souvent comme des employeurs importants dans les bassins de vie où ils sont implantés.

La création de lien social constitue un second impact sociétal primordial aux yeux des acteurs sociaux et médico-sociaux. Certains mettent en avant les liens tissés entre donateurs, favorisés par la vie, et bénéficiaires souvent durement touchés. D'autres insistent sur leur ancrage territorial très marqué, qui constitue un atout pour les politiques publiques : « *La responsabilité sociale des associations vis-à-vis du territoire sur lequel elles sont implantées est réelle. Ces organisations créent du lien social, de la richesse, voire de véritables bassins de vie* ».

Ces impacts positifs, en matière d'emploi comme en matière de lien social, offrent aux structures du secteur privé non lucratif des leviers d'actions pour améliorer la prise en charge des usagers. L'impact sociétal des associations a notamment permis de mettre en lumière la problématique des handicapés vieillissants, alors qu'il n'existe pas encore de structure adaptée à leur accueil et que les crédits manquent pour les prendre en compte. « *Les associations gestionnaires peuvent interpeller les pouvoirs publics et remettre la personne handicapée au cœur de la société* ».

L'impact sociétal de l'attention portée aux personnes fragiles ne peut donc pas être évalué en termes monétaires, « *sinon il suffirait de parquer les plus fragiles dans des lieux clos, hors de la vue de la société : cela coûterait moins cher que d'organiser leur accompagnement. Il conviendrait donc de trouver des indicateurs pour mesurer l'impact sociétal, le bien-être diffusé dans la société, dans la même logique que les indicateurs de pauvreté développés par Serge Paugam (indicateurs d'activité, indicateurs d'exclusion)* ».

Tous soulignent les lacunes existant en matière d'évaluation de l'impact sociétal du secteur social et médico-social, en dehors des données statistiques disponibles - avec quelques années de décalage - notamment sur l'emploi.

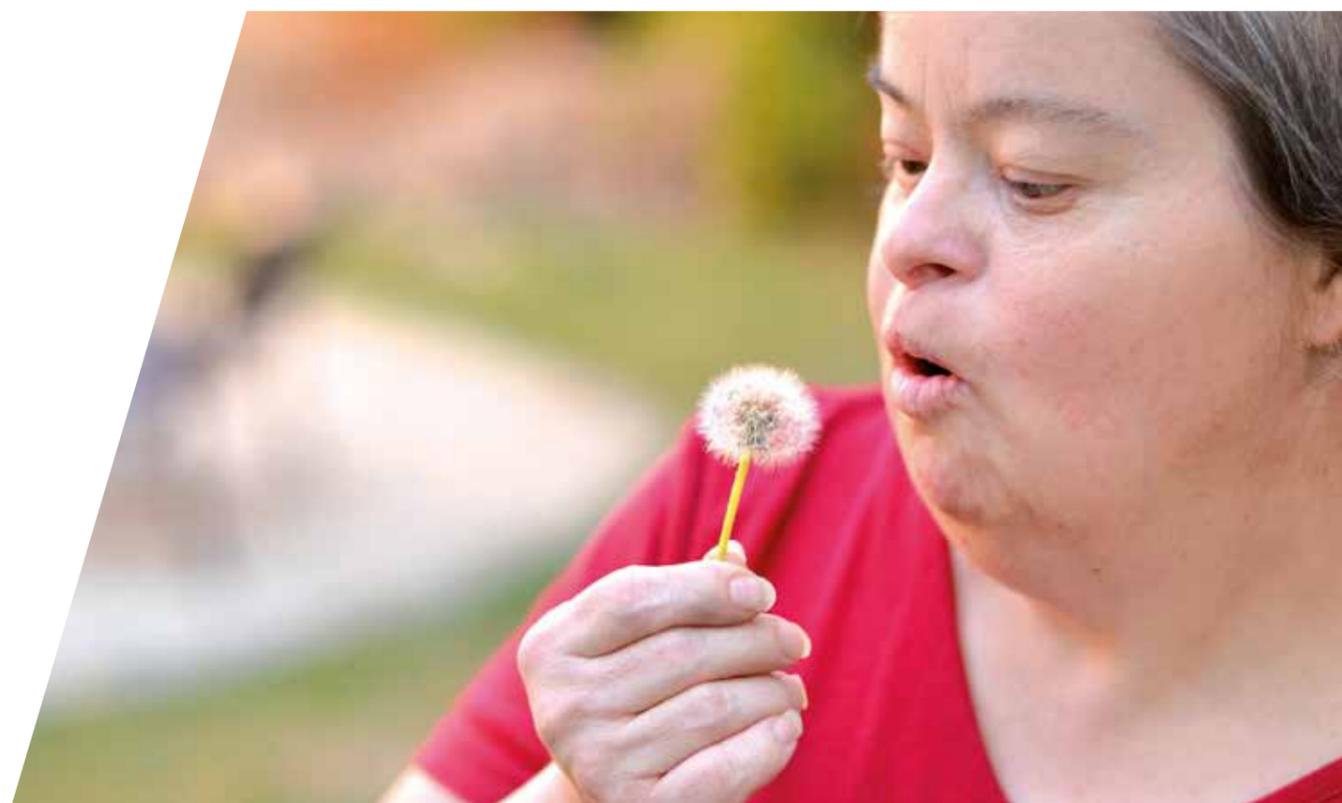
En matière d'évaluation quelle qu'elle soit, les entités les plus importantes disposant des procédures et outils de gouvernance les plus professionnels, bénéficient d'un avantage certain sur les structures plus modestes et isolées.

L'impact sociétal de l'attention portée aux personnes fragiles ne peut pas être évalué en termes monétaires, « sinon il suffirait de parquer les plus fragiles dans des lieux clos, hors de la vue de la société : cela coûterait moins cher que d'organiser leur accompagnement ».

“

La responsabilité sociale des associations vis-à-vis du territoire sur lequel elles sont implantées est réelle. Ces organisations créent du lien social, de la richesse, voire de véritables bassins de vie.

¹ Fiches pratiques du CNAR - Repères sur le secteur associatif, sanitaire et social, juin 2012.



Des perspectives contradictoires, mais porteuses d'opportunités

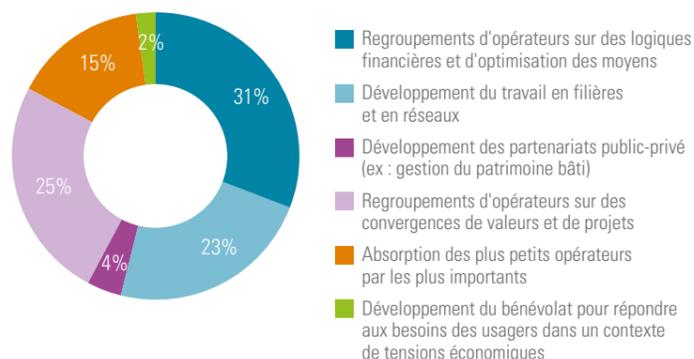
Le secteur social et médico-social se trouve aujourd'hui au carrefour de plusieurs mutations, qui portent pour certains praticiens et observateurs de sombres perspectives. Ainsi, parmi les acteurs issus de l'univers privé non lucratif interrogés, certains agitent le spectre d'un secteur livré tout entier au marché et à son exigence de rentabilité. Si ce scénario extrême est jugé très improbable, son évocation permet d'envisager des évolutions moins radicales, mais aussi peu souhaitables : attrition progressive des structures associatives les plus modestes, prise en charge à deux vitesses, hyper-concentration du secteur dans une logique financière, effacement des projets militants. D'un autre côté, les acteurs commerciaux craignent la mainmise de l'État sur l'ensemble du champ social et médico-social, et la mise en place de modes de gestion administratifs uniformes qui les transformeraient en simples délégués de service public. S'il faut a priori rejeter toute évolution brutale pouvant conduire à une restructuration du secteur social et médico-social dans une logique « tout privé » ou « tout public », quelques perspectives incontournables, dont les enjeux se recoupent d'ailleurs largement, permettent d'éclairer le prisme par lequel les acteurs privés non lucratifs pourraient utilement adapter leur stratégie aux années à venir.

A la question : « Quelles seront selon vous les évolutions à l'œuvre dans le secteur dans les prochaines années ? », deux visions opposées émergent. Tandis que près d'un tiers des répondants met en avant les regroupements d'opérateurs sur des logiques financières et d'optimisation de moyens, 25% d'entre eux pensent que ces regroupements s'effectueront sur une base plus militante en mettant en exergue la convergence de valeurs et de projets.

Enfin, à l'intersection de ces deux positionnements, une évolution plus nuancée est partagée par 23% des répondants qui prévoient un développement du travail en filières et en réseaux.

Près d'un tiers des répondants met en avant les regroupements d'opérateurs sur des logiques financières et d'optimisation de moyens.

Évolutions dans les prochaines années



Des besoins en forte augmentation

L'un des derniers rapports importants du Commissariat général du Plan (remplacé en 2013 par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective) évaluait en 2005 le besoin de places supplémentaires en EHPAD à 450 000 à l'horizon 2010, ce qui devait impliquer le recrutement de 200 000 à 262 000 ETP. Par ailleurs, le secrétariat d'État à la Solidarité indiquait en mai 2009 que 12 500 nouvelles places en maisons de retraite étaient prévues au budget 2009, contre seulement 7 500 en 2008. A l'échelon régional, une prévision « conservatrice » de l'Insee, datant de la fin de 2011, envisage que l'Ile-de-France comptera 76 000 personnes âgées dépendantes de plus à l'horizon 2030. En région Centre, à la même échéance, l'Insee et l'ARS prévoyait au début de 2012 un nombre de personnes âgées dépendantes atteignant 71 000, soit 12 500 de plus qu'en 2010.

Ces chiffres illustrent l'augmentation rapide des besoins de prise en charge des personnes âgées sous l'effet de l'accroissement constant de l'espérance de vie. En 2003, la canicule du mois d'août avait jeté une lumière crue sur l'extrême vulnérabilité physique des personnes âgées et plus particulièrement des personnes du « 4^e âge », âgées d'au moins 85 ans.

Pour les vingt prochaines années, la connaissance de la démographie des personnes âgées est désormais bien établie ; elle soulève des enjeux liés non seulement aux capacités d'accueil disponibles, mais aussi à la capacité contributive des personnes accueillies. Ainsi le tarif pris en charge par les usagers augmente d'une année sur l'autre dans des proportions telles que certains acteurs jugent qu'il sera à terme insupportable pour les personnes accueillies.

Par ailleurs, la question même de l'évolution de la dépendance reste bien plus ouverte. La tendance récente, qui permettait de gagner des années de vie sans dépendance supplémentaire peut-elle se confirmer durablement ? Va-t-elle au contraire s'infléchir, sous les effets de la crise, et provoquer l'allongement de la période de « déprise » des personnes âgées - qui dépasse dix ans, aujourd'hui, en moyenne ?

Telles sont les questions qui font actuellement l'objet d'études par les ARS par exemple, particulièrement soucieuses d'anticiper et de préparer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes pour les années à venir. Dans cette perspective, des ARS comme celle de la région Centre soulignent les besoins ressentis sur chaque territoire en matière de structures d'accueil diversifiées.

Or, parmi les professionnels interrogés dans le cadre de la préparation de ce rapport, certains représentants du secteur non lucratif évoquent les prémisses ou les corollaires de la perte d'autonomie des personnes âgées, dans un contexte sociétal marqué notamment par la distension des liens familiaux et l'affaiblissement de la solidarité entre générations. D'après eux, la perte d'autonomie ne peut être envisagée sans prendre en compte les enjeux d'isolement et de dissolution du lien social qui guettent tous nos aînés. Ces derniers insistent sur le fait que la prise en charge complète des personnes âgées implique nécessairement un accompagnement sociétal et que leur secteur est certainement le mieux placé pour prendre en compte la parole de l'usager-citoyen (qu'il distingue de l'usager-client des entreprises commerciales) et donc pour dispenser cet accompagnement complet.

Des évolutions interviennent également dans le profil des usagers. Certains EHPAD font face à de nouvelles demandes : celles par exemple de couples demandant à pouvoir intégrer ensemble une maison de retraite. Même si les institutions existantes sont encore largement démunies pour accorder une suite favorable à toutes les demandes de cet ordre, ces dernières sont sources d'évolution et d'adaptation, tant sur le plan des pratiques professionnelles que sur le plan des capacités locatives des établissements.

Bon nombre d'acteurs du secteur mettent en avant la « brutalité » budgétaire et même la « violence » des dispositions auxquelles le secteur social et médico-social est actuellement soumis, à la fois dans le champ des personnes âgées et celui du handicap. L'existence même de certaines structures associatives parmi les plus modestes serait non seulement menacée par la contraction des subventions publiques, mais aussi, parfois, par la paupérisation progressive des usagers, qui cessent de les payer et les contraignent à fermer.

Enfin, la démographie présente un effet supplémentaire sur les acteurs du secteur privé non lucratif : il va confronter son personnel à un mouvement massif de départs en retraite, à brève échéance, puisqu'un quart des effectifs de la branche atteindra 60 ans dans les dix prochaines années.

L'ensemble des emplois du secteur sera touché, mais la situation apparaît encore plus critique pour les éducateurs spécialisés, les assistants sociaux et les cadres. Les professionnels devront donc trouver les moyens d'attirer de jeunes vocations vers leurs métiers, qui sont peu valorisés et pâtissent d'une image ingrate : pénibilité, faiblesse des rémunérations, manque de perspectives de carrières.

Par comparaison aux structures privées non lucratives, face à l'avenir prévisible les entreprises commerciales sont plus sûres d'elles. Les acteurs privés commerciaux n'auraient par exemple aucun mal à envisager la désertion, par le secteur associatif, de la gestion des EHPAD mettant en avant leur approche économique flexible.

Ainsi confrontés à une concurrence commerciale de plus en plus vive (sur le secteur des personnes âgées, mais aussi, désormais, sur le champ du handicap), à une pression budgétaire toujours croissante, à une nécessité d'attirer de jeunes professionnels et de ré-enchanter leurs métiers, les acteurs privés non lucratifs n'en restent pas moins incontournables, face à l'accroissement des besoins de prise en charge de la dépendance et des pathologies nouvelles qui l'accompagnent de plus en plus fréquemment - notamment dans une logique de coopération entre acteurs publics et privés, lucratifs ou non. A cet égard, ces derniers pourront non seulement compter sur leurs capacités d'observation, d'innovation, d'adaptation, d'adéquation aux tendances les plus fines et aux besoins les plus précis, mais également, et peut-être surtout, ils devront être prêts à réaffirmer les valeurs qui fondent et irriguent l'ensemble de leurs activités.

Il s'agit donc pour eux, avant tout, de continuer de répondre à une demande de citoyenneté sociale et médico-sociale en préservant les valeurs du secteur privé non lucratif vis-à-vis des personnes vulnérables.

**L'Île-de-France comptera
76 000 personnes âgées
dépendantes de plus
à l'horizon 2030.**

« Faire mieux avec moins »

Il n'est pas un colloque, une conférence ou un séminaire, sur quelque sujet que ce soit, où l'on n'entende ces temps-ci la même phrase résonner : « *Nous devons faire mieux avec moins !* ».

Cependant, par essence et par construction, compte tenu de la fragilité des publics qu'il prend en charge, et de la sensibilité des enjeux auxquels il est confronté, le secteur social et médico-social est certainement l'un des domaines où cet impératif s'exprime avec la plus grande acuité. Cette problématique financière traverse d'ailleurs l'ensemble de ce document comme un fil rouge.

Les départements qui assument l'essentiel des charges liées à l'action sociale en France sont aujourd'hui confrontés à de réelles difficultés financières : stagnation de leurs ressources, montée des dépenses (en raison des effets de la crise sociale), difficulté à obtenir des crédits bancaires.

Ainsi, compte tenu de la conjoncture, il est à craindre que cette pression financière n'aille en s'accroissant plutôt qu'en se relâchant. Il en résulte pour les acteurs privés non lucratifs une prise de conscience parfois douloureuse. L'ensemble des professionnels du secteur de l'enfance est dorénavant soumis à la nécessité de concevoir des réponses et des dispositifs réversibles. En effet, un projet lancé et financé pour trois ans peut désormais perdre tout moyen de subsistance à l'issue de cette période initiale.

Plus largement, les acteurs du secteur, estiment et déplorent souvent que les associations, après avoir été des partenaires à part entière des pouvoirs publics, ne soient plus aujourd'hui considérées par les acteurs institutionnels que comme de simples opérateurs, délégataires de services publics, dont la vision des enjeux et la capacité d'analyse et de proposition ne sont plus prises en compte.

Cette vision n'est toutefois pas unanimement partagée, certains souhaitant que l'on abandonne un système jugé « administré » afin de mettre en œuvre une démarche de prestation de service contrôlée.

Il reviendrait à l'État de fixer des objectifs à atteindre en contrepartie de la mise à disposition d'un financement, et aux opérateurs d'assumer ces objectifs.

L'évocation de partenariats public-privé

Les grandes organisations du secteur n'entendent pas stigmatiser les financeurs. Elles préfèrent mettre en commun les intelligences pour répondre aux besoins des populations, le cas échéant dans le cadre de partenariats public-privé.

Parmi les personnalités interrogées pour la préparation de ce rapport certaines se rejoignent d'ailleurs sur ce point : le partenariat public-privé n'est pas encore accepté par l'ensemble des acteurs, mais il sera bientôt incontournable. Certains vont même jusqu'à penser que de tels partenariats permettraient notamment de résoudre l'équation qui met en jeu la prise en charge et son impact sur les finances publiques. D'après eux, les ARS ont notamment été créées pour mettre cette approche en œuvre.

Les dernières évolutions du cadre réglementaire et institutionnel suscitent néanmoins quelques crispations. Les schémas régionaux comme départementaux sont perçus comme ne prenant pas suffisamment en compte le point de vue des acteurs de terrain. Les associations ne sembleraient être consultées que pour la forme et aucun débat ne serait véritablement possible entre ces dernières.



Le bénévolat : la solution miracle ?

Il existe en revanche une spécificité du secteur privé non lucratif qui constitue l'un de ses atouts indiscutables dans un contexte de contraction de la ressource : le bénévolat. Certes, ce dernier n'est pas totalement exclu des secteurs publics et privés commerciaux, mais il demeure plus fermement enraciné qu'ailleurs dans la culture non lucrative en général, et associative en particulier. Dans ce contexte associatif, les bénévoles interviennent à la fois au sein des instances dirigeantes des organisations et au cœur de leurs établissements. L'évolution démographique va à cet effet impacter la structure de ce bénévolat : un renouvellement important de ses administrateurs va s'opérer, amenant de jeunes retraités prêts à s'impliquer. Tous se disent prêts à saisir cette opportunité de recruter des bénévoles à haut potentiel afin d'optimiser leur gouvernance. Certains acteurs du secteur privé non lucratif ont d'ores et déjà expérimenté l'introduction de bénévoles dans leur activité quotidienne et mettent en avant les fruits de cette initiative : *« leur présence, hors du cadre médical, mais dans une logique complémentaire à ce dernier, permet d'humaniser la vie des usagers au sein de ces établissements ».*

Les partisans d'une généralisation massive du recours aux bénévoles restent minoritaires. Ses détracteurs jugent que les bénévoles ne doivent jamais venir compenser des lacunes en termes de ressources humaines. Professionnels et bénévoles doivent chacun occuper la place qui leur revient, ces derniers jouant essentiellement un rôle de passerelle entre la société, les établissements et les usagers qu'ils accueillent. Pour autant, des marges de progression peuvent être exploitées quant au développement des compétences des bénévoles, ou à leur professionnalisation.

Enfin, il convient également de revenir sur la mise en œuvre, avec la création de l'ARS, des procédures d'appels à projets qui divisent les praticiens du secteur privé non lucratif. Ainsi, certains considèrent que la connaissance des métiers développée par ces acteurs, ainsi que leur longue présence sur le terrain, les favorise dans une telle démarche. D'autres acteurs, notamment associatifs, craignent en revanche que des procédures fermées ne pénalisent leurs structures, qui proposent souvent des places d'accueil s'adressant à des publics spécifiques, comme des personnes âgées présentant également des handicaps mentaux ou physiques. D'autres encore, s'inquiètent du caractère inhibiteur, vis-à-vis de l'innovation, des procédures d'appels à projets.

D'autres encore, s'inquiètent du caractère inhibiteur, vis-à-vis de l'innovation, des procédures d'appels à projets.

La mise en œuvre des appels à projets a déjà permis aux groupes privés commerciaux de prendre pied sur le champ du handicap, avec une démarche similaire et des arguments comparables à ceux qui leur avaient permis d'investir, il y a 30 ans, le secteur de l'accueil des personnes âgées.



La présence des bénévoles, hors du cadre médical, mais dans une logique complémentaire à ce dernier, permet d'humaniser la vie des usagers au sein de ces établissements.

Différentes logiques de regroupement : économique ou militante

Au vu des réponses apportées au questionnaire en ligne et à la lumière des entretiens conduits avec les praticiens et observateurs du secteur social et médico-social, une réalité semble s'imposer : les évolutions et mutations en cours engendreront inévitablement le regroupement des opérateurs selon des logiques de fusion, d'absorption ou de coopération.

Ce mouvement semble largement engagé et se matérialise déjà pour certains par de nombreux partenariats et programmes communs à d'autres institutions. Ces regroupements devraient idéalement permettre des économies d'échelle et l'acquisition d'un poids accru des opérateurs dans leurs discussions avec les pouvoirs publics, tout en préservant la pluralité et l'affirmation des valeurs associatives.

Les caractéristiques des regroupements sont multiples. Certains évoquent la nécessité d'une vision partagée, d'autres prônent des logiques « multi-sites », « multi-activités » ou de filières.

Ainsi, les regroupements, notamment au sein de réseaux, pourraient favoriser la polyvalence des acteurs et ouvrir des solutions nouvelles et innovantes, notamment dans la « logique de parcours » (ou encore de filière) en remplacement de la « logique d'établissement ».



Réinterpréter le projet politique des fondateurs à la lumière des enjeux économiques et techniques du moment.

Par ailleurs, si l'enquête en ligne confirme l'importance pour les acteurs privés non lucratifs des réflexions à conduire sur les possibles mutualisations, coopérations ou regroupements (44% des répondants à l'enquête jugent ce chantier prioritaire), elle met également en évidence le caractère essentiel du rôle sociétal de ces acteurs. En effet, 26% des répondants estiment d'abord indispensable de structurer une prise de parole nationale du secteur afin d'alimenter le débat sur la place des publics fragiles dans la société - ce qui implique également, de fait, une forme de regroupement des acteurs.

Car c'est bien ici que convergent les deux grandes réponses que le secteur privé non lucratif oppose, de manière souvent encore diffuse, mais parfois déjà résolue, aux interrogations qu'il doit affronter. En effet, même si ses acteurs ne sont pas tous aussi optimistes sur la capacité de leurs organisations à s'entendre, à « sortir du morcellement », chacun a pris en compte la nécessité de profiter des mutations et réorganisations en cours pour réaffirmer le caractère militant de son projet.

Certes, plusieurs acteurs évoquent des freins qui retardent à la fois les coopérations possibles et la prise de parole commune dans une logique militante : *« le secteur privé non lucratif est un millefeuille et nous éprouvons des difficultés à parler d'une seule voix pour faire valoir notre valeur ajoutée et apporter notre pierre au débat public ».* *« Nous sommes désormais sortis de la guerre de tranchées que nous conduisons entre nous pour élargir notre activité au détriment des autres, mais les mentalités doivent encore évoluer ».* L'ensemble des acteurs interrogés aspire à ce que les acteurs privés non lucratifs pèsent sur les choix politiques qui impactent fortement leur activité. Dans cette perspective, une remobilisation militante du secteur apparaît incontournable en dépassant certains réflexes corporatistes. Cela permettrait, par exemple, de faire évoluer une législation structurée dans une logique de services vers une logique de filières, plus adaptée à la prise en compte des parcours complexes de certains enfants.

Plus largement, les acteurs du secteur privé non lucratif partagent l'objectif de faire valoir une démarche d'intégration à la société des publics qu'ils prennent en charge, en évitant la ghettoïsation des publics gênants pour la société, en revenant à l'esprit de l'ordonnance de 1945 et à l'objectif fondamental de l'intégration des jeunes en difficulté dans la société. Dans cette perspective, la collaboration des différents acteurs chargés du suivi d'un même enfant est évoquée comme une nécessité absolue. Le développement de partenariats et de points de contact entre les établissements scolaires généraux et les structures accueillant de jeunes handicapés sont également préconisés.

D'autres préconisations sont formulées comme celles visant à dépasser la concurrence qui oppose parfois les établissements pour répondre conjointement aux appels à projets et ainsi déjouer la logique d'opposition dans laquelle les financeurs souhaitent implicitement les enfermer.

Enfin, si les acteurs sont bien conscients des écueils dont recèlent tous les projets de regroupement, beaucoup considèrent que le rassemblement des structures est l'un des leviers majeurs pour la consolidation du secteur privé non lucratif sur le champ social et médico-social. La notion de taille critique est mise en exergue pour justifier les réflexions sur les regroupements. En effet, l'association des intelligences et des compétences est perçue comme un facteur de démultiplication de l'expertise et de polyvalence permettant aux structures de proposer des offres de qualité. D'autre part, la dynamique que ces organisations peuvent mettre en œuvre est proportionnelle à leur taille.

Les regroupements parfois vécus comme une fatalité ou comme une opportunité sont finalement, résume un acteur, l'occasion de « réinterpréter le projet politique des fondateurs à la lumière des enjeux économiques et techniques du moment ».



Nous sommes désormais sortis de la guerre de tranchées que nous conduisons entre nous pour élargir notre activité au détriment des autres, mais les mentalités doivent encore évoluer.



Le secteur privé non lucratif est un millefeuille et nous éprouvons des difficultés à parler d'une seule voix pour faire valoir notre valeur ajoutée et apporter notre pierre au débat public.

Conclusion

« La France est une République (...) sociale » proclame notamment l'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958. Il existe donc un lien étroit entre le service public et le droit à la protection sociale des citoyens perçue en France comme « la conséquence d'un service public constitutionnel »¹.

Les valeurs et les innovations portées par le secteur privé non lucratif du champ social et medico-social s'inscrivent dans cet héritage républicain. Cependant, les récentes évolutions conjoncturelles et structurelles (contexte législatif et budgétaire plus contraint, changement des formes de militantisme et de concurrence...) viennent interroger les professionnels de ce champ sur leurs valeurs et leur capacité à innover. Après avoir décrit les défis et enjeux auxquels ils doivent faire face, les acteurs interrogés dans le cadre de cette étude ont dressé un panorama des opportunités et perspectives d'innovations qui s'ouvrent à eux dans un contexte en pleine mutation.

Ce rapport a mis en lumière une partie des difficultés que traverse le secteur privé non lucratif, qui menacent certains de ses acteurs dans un environnement législatif et réglementaire particulièrement complexe, et un contexte budgétaire toujours plus contraint.

Après avoir souligné les défis auxquels doit faire face le secteur (augmentation des besoins de la population, pression financière accrue sur les opérateurs du secteur), les acteurs interrogés ont ouvert des pistes de réflexions pour garantir une meilleure adaptation du secteur aux défis économiques actuels et à venir et ainsi améliorer la prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap. Ainsi, nombre de parties prenantes du secteur soulignent la nécessité de recourir à des solutions innovantes afin de mettre en commun les savoirs et moyens pour faire face à ces enjeux conjoncturels et structurels : mise en place de partenariats publics privés, valorisation du bénévolat, renforcement des logiques de regroupement.

Par ailleurs, il espère avoir contribué à ouvrir des pistes de réflexion utiles pour une meilleure adaptation du secteur aux enjeux essentiels, actuels et à venir, de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées et des enfants fragilisés.

Le présent rapport a néanmoins choisi de laisser dans l'ombre quelques problématiques, pourtant importantes, mais dont la portée est déjà bien prise en compte par les praticiens qui y sont confrontés : à ce titre, il convient notamment de citer les chantiers de l'évaluation (un pré requis transversal et désormais incontournable dans l'organisation des rapports entre les acteurs du secteur et les pouvoirs publics), la réforme des conventions collectives (souhaitée par le secteur dans sa globalité) ou la gouvernance.

Il n'a pas souligné non plus les incertitudes qui entourent certains projets cruciaux pour l'avenir du secteur social et médico-social. Il en va ainsi de la prise en compte des risques liés à la perte d'autonomie des personnes âgées.

En tout état de cause, quelles que soient les évolutions à venir, les acteurs privés non lucratifs du secteur social et médico-social participent pleinement à une biodiversité dont le secteur pourra difficilement se dispenser au regard de leur positionnement, de leur capacité d'adaptation, de leur professionnalisme et de leur ouverture au plus grand nombre d'utilisateurs quelle que soit leur capacité socio-économique.



Bibliographie

Ouvrages brochés :

- *Histoire du droit sanitaire en France*, par Vincent-Pierre Comiti PUF, 1994 ;
- *La République sociale, contribution à l'étude de la question démocratique en France*, par Michel Borgetto et Robert Lafore PUF, 2000 ;
- *Les Institutions sanitaires et sociales de la France*, par Amédée Thévenet PUF, 2002 ;
- *Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale*, par Johan Priou Dunod, 2007 ;
- *Droit de l'aide et de l'action sociales*, par Michel Borgetto et Robert Lafore Montchrestien, 2009 ;
- *Code de l'action sociale et des familles*, commenté par Michel Borgetto et Robert Lafore Dalloz, 2009 ;
- *L'essentiel du droit des politiques sociales*, par Emmanuel Aubin Gualino, 2010 ;
- *Le Droit de la santé*, par Jean-Michel de Forges PUF, 2010 ;
- *Guide du secteur social et médico-social*, par Marcel Jeager Dunod, 2011.

Revue, articles et documents :

- *La démocratie, principe de fonctionnement des mutuelles du GEMA*, rapport du GEMA établi sous la direction de Gérard Andreck, Directeur général de la MACIF Octobre 2004 ;
- *Association et action publique, Regard sur l'actualité n°333* La Documentation française Mars 2007 ;
- *La planification du secteur social et médico-social*, fiche CNAR/UNIOPSS Février 2008 ;
- *L'économie sociale de A à Z*, Alternatives Économiques-pratique Mars 2009 ;
- *Le secteur médico-social*, enseignement national du Docteur Hervé Douceron (Conseiller technique à la DGAS) au profit des élèves de DES de Médecine Physique et Réadaptation du collège français des enseignants universitaires 2010 ;
- *Rentable le grand âge*, Valérie Delarce pour Enjeux Les Echos Avril 2011 ;
- *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2009*, note de la DREES N°762 Mai 2011 ;
- *L'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en termes de prise en charge et d'emploi*, Insee Centre Info n°175, INSEE, ARS et Région Centre Février 2012 ;
- *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, n°150 – Avril 2012 ;
- *Le Monde Éco*, Mardi 14 juin 2011 ;
- CNSA - *Chiffres clefs 2013* ;
- *Les dépenses sociales des collectivités locales*. DREES Études et résultats, n° 822; décembre 2012.
- Insee-Tableaux de l'économie française - édition 2013
- Observatoire des inégalités – publication du 21 octobre 2013



Annexes

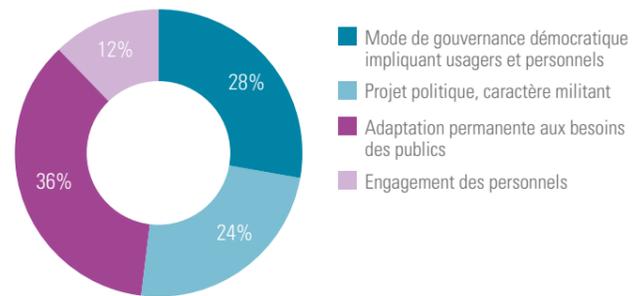
Annexe 1

Résultats de l'enquête en ligne « Les acteurs privés non lucratifs dans le secteur social et médico-social : enjeux et perspectives »

Question 1

Par comparaison aux acteurs publics et privés lucratifs du secteur social et médico-social, quelle devrait être selon vous la principale valeur ajoutée des acteurs privés non lucratifs ?

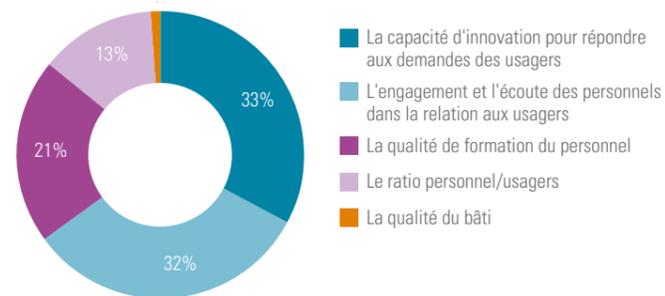
La valeur ajoutée



Question 2

Quelle est la caractéristique qui vous semble la plus importante en matière de qualité de service ?

La qualité de service



Question 5

Quelle est selon vous la principale faiblesse des acteurs privés non lucratifs dans le secteur social et médico-social, de façon globale ?

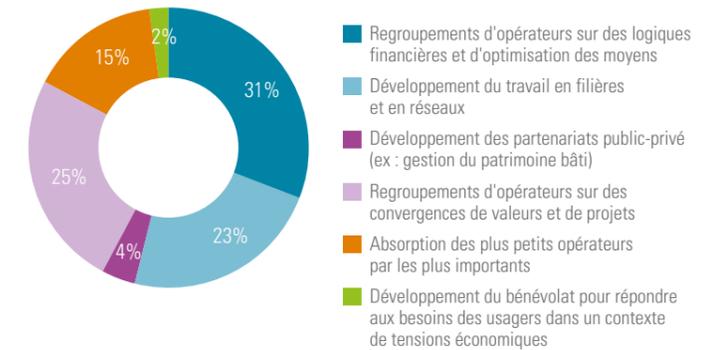
Les principales faiblesses



Question 6

Quelles seront selon vous les évolutions à l'œuvre dans le secteur dans les prochaines années ?

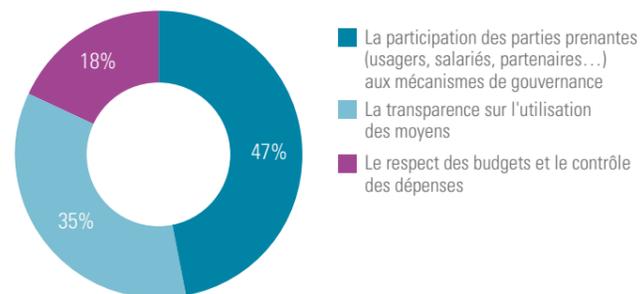
Évolutions dans les prochaines années



Question 3

Pour vous une bonne gouvernance, c'est principalement :

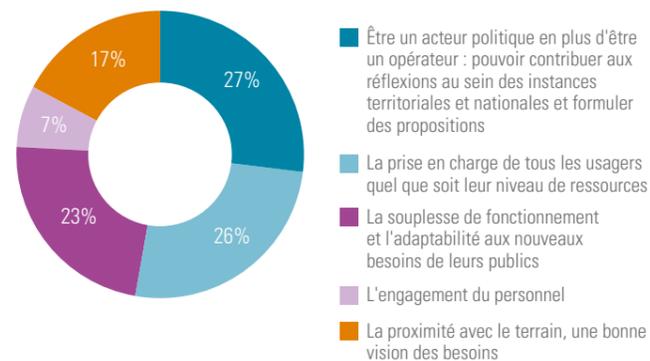
Une bonne gouvernance



Question 4

Dans les faits, quelle est selon vous la principale force des acteurs privés non lucratifs au sein du secteur social et médico-social aujourd'hui ?

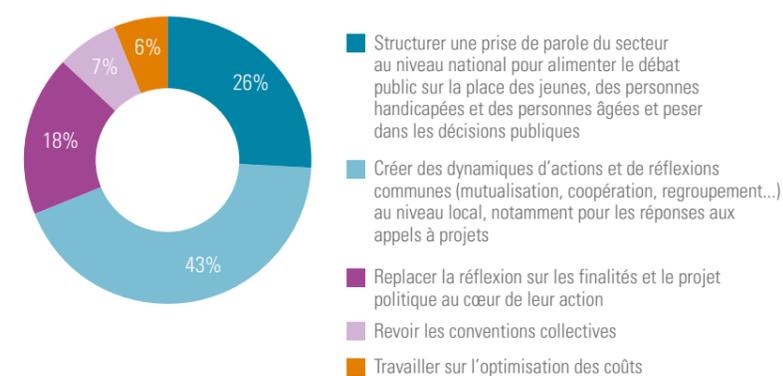
Force des acteurs



Question 7

En dehors de l'évaluation, quel est selon vous le chantier prioritaire pour les acteurs privés non lucratifs du secteur social et médico-social ?

Chantier prioritaire en dehors de l'évaluation



Annexe 2

Définition des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

- I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :
- 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;
 - 2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
 - 3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;
 - 4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au nouveau code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
 - 5° Les établissements ou services :
 - a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;
 - b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;
 - 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
 - 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;
 - 8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;
 - 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique ;
 - 10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;
 - 11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;
 - 12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;
 - 13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;
 - 14° Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;
 - 15° Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.



Annexe 3

Évolution et structure des dépenses d'aide sociale des départements : évolution des bénéficiaires et des dépenses brutes d'aide sociale selon le type d'aide

(1) Le nombre de bénéficiaires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n. Il s'agit en fait d'un nombre de mesures d'aide et non d'individus, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides. De plus, il correspond au nombre de bénéficiaires de prestations et ne comprend pas les personnes bénéficiant d'actions globales menées par les départements.

(2) Dépenses d'allocation et d'insertion liées au RMI, aux CI-RMA, aux contrats d'avenir ainsi qu'au RSA et aux contrats uniques d'insertion.

(3) Le nombre d'allocataires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n.

(4) Le nombre d'allocataires de CI-RMA et de contrats d'avenir payés au titre du RMI ou du RSA ainsi que le nombre de contrats uniques d'insertion incluent des bénéficiaires du RMI, du RSA «socle» ou du RSA «majoré». Ainsi, le total sans double compte n'est pas la somme des lignes (b) à (g).

(5) Ensemble des allocataires de CI-RMA et de contrats d'avenir payés et non payés dans le cadre des dispositifs du RMI ou du RSA. Dans le total sans double compte, ne sont donc comptabilisés que les allocataires de ces contrats non payés dans le cadre du RMI ou du RSA.

(6) Le RSA «socle» et «socle majoré» se substitue au RMI et à l'API à compter du 1er juin 2009.

(7) Allocataires de contrats uniques d'insertion uniquement dans le cadre du dispositif RSA. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le total afin d'éviter les doubles comptes.

(8) Certains départements n'ont pas comptabilisé les dépenses liées au CI-RMA et aux contrats d'avenir dans les rubriques prévues par la nomenclature comptable. Il est possible que ces dépenses soient comptabilisées avec les dépenses de RMI ou de RSA.

(9) Les contrats uniques d'insertion ont été mis en place au 1er janvier 2010, ils doivent se substituer aux CI-RMA et aux contrats d'avenir qui disparaissent.

(p) provisoire.

(1) Le nombre de bénéficiaires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n. Il s'agit en fait d'un nombre de mesures d'aide et non d'individus, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides. De plus, il correspond au nombre de bénéficiaires de prestations et ne comprend pas les personnes bénéficiant d'actions globales menées par les départements.

(2) Le nombre d'allocataires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des allocataires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n.

(3) Le nombre d'allocataires de CI-RMA et de contrats d'avenir payés au titre du RMI ou du RSA ainsi que le nombre de contrats uniques d'insertion sont inclus dans les bénéficiaires du RMI, du RSA «socle» ou du RSA «majoré». Ainsi, le total sans double compte n'est pas la somme des lignes (b) à (g).

(4) Certains départements n'ont pas comptabilisé les dépenses liées au CI-RMA et aux contrats d'avenir dans les rubriques prévues par la nomenclature comptable. Il est possible que ces dépenses soient comptabilisées avec les dépenses de RMI et/ou de RSA.

(p) provisoire.

Note • Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes âgées.

Champ • France métropolitaine - hors services communs et autres interventions sociales. Hors frais de personnels à l'exception de ceux liés au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.

Sources : DREES - Enquêtes aide sociale. CNAF, MSA pour les allocataires du RMI, du RSA «socle» et «socle majoré», des CI-RMA, des contrats d'avenir et du RSA expérimental. DARES pour les bénéficiaires des contrats uniques d'insertion.

Évolution des dépenses totales d'aide sociale

	2007	2008	2009	2010	2011 (p)	Évolution (en euros constants pour les dépenses)	
	Dépenses en millions d'euros courants					2011/2010	2011/2007
Aide sociale aux personnes âgées							
Total des bénéficiaires (1)	1 177 800	1 234 600	1 278 500	1 314 800	1 346 700	2,4%	14,3%
Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)	648 300	689 000	717 600	740 700	757 400	2,3%	16,8%
Aide à l'accueil (ASH, APA, accueil familial)	529 500	545 600	560 900	574 100	589 300	2,6%	11,3%
Total des dépenses brutes	6 867	7 238	7 564	7 538	7 967	-0,5%	8,7%
dont aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)	3 128	3 322	3 427	3 538	3 563	-1,4%	6,7%
dont aide à l'accueil (ASH, APA, accueil familial)	3 557	3 729	3 905	4 076	4 182	0,4%	10,2%
Aide sociale aux personnes handicapées							
Total des bénéficiaires (1)	247 700	269 100	296 300	321 000	343 800	7,1%	38,8%
Aide à domicile (ACTP, PCH, des - de 60 ans, aides ménagères)	118 500	137 300	158 700	177 500	194 400	9,5%	64,1%
Aide à l'accueil (ASH, accueil familial)	129 200	131 900	137 500	143 400	149 400	4,2%	15,6%
Total des dépenses brutes	4 708	5 136	5 603	5 993	6 365	4,0%	26,7%
Aide à domicile (ACTP, PCH, des - de 60 ans, aides ménagères)	830	1 015	1 204	1 342	1 448	5,6%	63,5%
Aide à l'accueil (ASH, accueil familial)	3 746	3 965	4 247	4 495	4 742	3,3%	18,6%
Aide sociale à l'enfance							
Total des bénéficiaires (1)	280 500	284 500	287 000	289 600	294 000	1,5%	4,8%
Enfants accueillis à l'ASE	140 900	141 900	143 400	145 200	147 200	1,4%	4,5%
<i>Enfants placés en établissements (hors placement directs)</i>	46 700	48 000	48 300	49 200	50 100	1,8%	7,3%
<i>Enfants placés en famille d'accueil (hors placement directs)</i>	65 600	66 100	67 700	68 700	69 300	0,9%	5,6%
Actions éducatives	139 500	142 600	143 600	144 400	146 800	1,7%	5,2%
Total des dépenses brutes	5 737	6 052	6 382	6 635	6 863	1,3%	12,1%
Enfants accueillis à l'ASE	4 472	4 699	4 910	5 081	5 301	2,1%	11,1%
<i>Placement en établissements</i>	2 840	2 969	3 072	3 203	3 357	2,6%	10,8%
<i>Placement en famille d'accueil</i>	1 485	1 537	1 633	1 674	1 744	2,0%	10,0%
Actions éducatives	371	390	393	401	411	0,3%	3,8
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et RSA (2)							
Total des allocataires (2) - sans double compte (3) (a)	1 076 300	1 023 500	1 167 600	1 345 100	1 392 500	3,5%	29,4%
RMI (b)	1 076 300	1 016 600	503 800	1200	-	-	-
RSA expérimental (c)	-	6 900	6 900	-	-	-	-
CI-RMA au titre du RMI ou RSA (d)	11 900	12 100	8 600	3 400	300	-91,2%	-97,5%
contrats d'avenir au titre du RMI ou RSA (e)	49 700	49 200	43 100	21 700	1 300	-94,0%	-97,4%
RSA «socle» et «socle majoré» (f)	-	-	657 000	1 343 800	1 392 500	3,6%	-
contrats uniques d'insertion au titre du RMI ou RSA (g)	-	-	-	29 100	60 700	108,6	-
Total des dépenses brutes	6 482	6 466	7 007	7 674	7 879	0,5%	13,9%
d'allocation du RMI	5 278	5 186	2 641	18	5	-72,8%	-99,9%
d'insertion du RMI	885	955	718	143	99	-32,2%	-89,5%
du RSA expérimental	-	30	23	2	-	-	-
de CI-RMA (4)	96	86	42	15	1	-93,4%	-99,0%
liées aux contrats d'avenir (4)	223	209	173	54	5	-90,9%	-97,9%
d'allocation du RSA	-	-	3 148	6 627	6 868	1,5%	-
d'insertion du RSA-hors CUI	-	-	261	702	696	-2,9%	-
de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	-	-	113	205	77,7%	-

Derniers chiffres publiés, au 30 septembre 2013.



Annexe 4 Charte de l'Économie Sociale

(CEGES) Conseil des Entreprises et Groupement de l'Économie Sociale
date 10 mai 1995

Comme les pays développés, la France traverse une période marquée par de profonds bouleversements qui résultent tant des évolutions technologiques que de la mondialisation de la vie économique. Ils entraînent la transformation des métiers et une évolution profonde des modes de vie et des aspirations collectives, mais aussi la déstabilisation des mécanismes de protection sociale, la montée des déséquilibres régionaux et des phénomènes d'exclusion.

Cette situation génère un climat d'incertitude politique et sociale, qu'avivent les changements intervenus sur la scène internationale. Après une phase marquée par l'exaltation irréfléchie de l'individualisme libéral, elle suscite un renouveau de l'esprit de solidarité : solidarité avec le Tiers monde ou avec les exclus de la croissance, mais aussi solidarité au sein des groupes professionnels ou sociaux.

Les entreprises de l'économie sociale se veulent les instruments du renouveau des valeurs de la solidarité. Les coopératives, associations et mutuelles, dont les racines remontent à un XIX^e siècle marqué par le triomphe du libéralisme sauvage, ont l'ambition, à l'aube du XXI^e siècle, de contribuer efficacement à la solution de certains des problèmes majeurs de notre société.

Pour bien comprendre leur rôle actuel et leurs ambitions, faut-il encore rappeler ce qu'elles sont.

Ce sont des entreprises, qui vivent dans l'économie de marché.

Mais ce sont des entreprises différentes, car nées d'une volonté de solidarité au service de l'homme, elles privilégient le service rendu par rapport au profit dégagé et intègrent dans la vie économique la dimension sociale.

Il est peu d'activités humaines dans lesquelles elles ne soient pas présentes, parfois modestement, parfois fortement. D'où une très grande diversité qui, au-delà même des formes juridiques qui leur sont spécifiques, leur permet d'apporter dans la société actuelle, complexe et hétérogène une réponse adaptée aux besoins matériels et moraux de l'homme.

L'homme a des besoins évidents :

- il veut acquérir des biens et des services au moindre coût et de la meilleure qualité : les coopératives de consommation, les coopératives d'habitation, les banques coopératives, les assurances à caractère mutuel, les mutuelles de santé, et nombre d'associations d'usagers répondent à cet objectif ;
- il veut exercer son métier en conservant son autonomie, tout en bénéficiant des mêmes avantages que les grandes entreprises : les coopératives d'agriculteurs, d'artisans, de pêcheurs, de transporteurs, de commerçants, entre autres, lui en donnent le moyen ;
- il veut s'associer avec d'autres pour gérer démocratiquement son entreprise : la coopérative de travailleurs le lui permet.

Mais l'homme a aussi d'autres aspirations, d'ordre moral ou philosophique. Il veut concourir à la lutte contre les fléaux sociaux, faire de la santé un investissement social, faire face à des besoins que l'entreprise classique ou l'État ne satisfont pas, développer des institutions que l'économie marchande traditionnelle ne suscite pas. La mutuelle et l'association permettent à ces tâches, hors de la portée d'un individu isolé, d'être assumées collectivement par la participation responsable de chacun à la Communauté.

À dire vrai, il est rare qu'une entreprise de l'économie sociale réponde à l'un de ces seuls besoins ou aspirations. Toutes, peu ou prou, visent simultanément plusieurs objectifs.

Au-delà de ces diversités, elles obéissent, dans leur fonctionnement, à des règles voisines : nées d'une libre initiative collective, elles appliquent la règle démocratique : « un homme, une voix » ; leur éthique implique le souci de la qualité du service, de la transparence de la gestion et de la prise en compte équitable des relations avec les salariés.

Leur rôle : les entreprises de l'économie sociale sont des entreprises qui font face aux contraintes et exploitent les opportunités de la vie économique. Elles recherchent l'amélioration de leur productivité, elles s'adressent aux marchés financiers, recourent aux techniques les plus modernes.

Mais ce n'est pas seulement à la qualité de leurs résultats économiques que l'on juge leurs succès. Ils se jugent aussi en fonction des formes de solidarité qu'elles concrétisent :

- 1 - D'abord solidarité entre les sociétaires qui sont à l'origine de leur création. Cet esprit de solidarité responsable favorise la créativité de l'esprit militant des associés. Le recours au bénévolat est une des caractéristiques de l'économie sociale.
- 2 - Solidarité professionnelle ou sociale : immergées dans un secteur professionnel ou social, les entreprises de l'économie sociale participent activement à la définition de ses orientations. Elles constituent parfois un élément décisif de ses structures collectives et de son évolution.
- 3 - Solidarité régionale : les entreprises de l'économie sociale figurent parmi les agents de développement des régions où elles se sont implantées et les partenaires reconnus de leurs responsables politiques et économiques.
- 4 - Solidarité au niveau de la Nation car rien de ce qui intéresse la vie de la cité ne peut leur être étranger. Elles sont au premier plan dans le combat pour les grandes causes d'intérêt collectif, comme le montrent notamment le rôle joué par la Mutualité française, la Mutualité de prévoyance et la MSA en matière de prévention et de soins, ainsi que l'action des associations sanitaires et sociales, éducatives, culturelles...

- 5 - Solidarité internationale, enfin, en raison notamment des liens qui les unissent avec des coopératives, associations et mutuelles d'Europe et des autres continents. À ce titre, elles concourent bénévolement tant au développement du Tiers monde qu'à l'évolution des pays de l'Est.

Les coopératives, associations et mutuelles sont ainsi des vecteurs essentiels de la cohésion sociale. Réunies au sein du Comité National de Liaison des Activités Mutualistes, Coopératives et Associatives (CNLAMCA) et des groupements régionaux (GRCMA), elles procèdent en permanence à des échanges d'expériences afin de mieux remplir leurs missions.

Leurs ambitions : L'économie sociale est une idée d'avenir, contrairement à ce que croient ceux mal informés, qui voient dans nos organisations la survivance d'un passé dont un libéralisme mal compris veut faire disparaître les séquelles. Coopératives, associations et mutuelles existent d'ailleurs dans tous les pays, et notamment dans les autres pays développés où elles tiennent souvent une place aussi importante, et parfois plus importante, qu'en France, à côté des acteurs capitalistes et publics.

Coopératives, associations et mutuelles ont montré depuis plus d'un siècle leur capacité à s'adapter à l'évolution du monde. Leur ambition est donc de poursuivre leur adaptation dans une conjoncture nouvelle sans céder aux forces qui pourraient les pousser à banaliser leur fonctionnement. Elles n'ignorent pas l'ampleur des efforts à accomplir, qui peuvent prendre des formes différentes, mais qui dans sept domaines relèvent de démarches semblables :

- 1 - Prendre toute leur place dans l'évolution économique et financière du pays, en révisant si nécessaire certaines règles traditionnelles, et en faisant appel à toutes les techniques de gestion et de financement modernes, à condition que les sociétaires en conservent le contrôle et que se renforcent entre eux les liens de solidarité.
- 2 - Enrichir le rôle des sociétaires par l'adoption de procédures nouvelles, adaptées aux dimensions des entreprises, où doit rester vivant le lien naturel entre les sociétaires, leurs élus et la direction ; dans le même esprit développer la formation des bénévoles, et notamment celle des élus, et apporter ainsi leur contribution au progrès de la citoyenneté.
- 3 - Elles estiment qu'il faut développer au sein de chacune d'elles une « culture d'entreprise » qui prenne en charge les réalités actuelles et prépare les évolutions souhaitables.

- 4 - S'ouvrir à des formes nouvelles d'économie sociale, issues de l'initiative des citoyens, et traduisant l'esprit de libre créativité qui est l'une des sources de l'économie sociale ; d'une façon générale prendre toute initiative pour implanter l'économie sociale dans les secteurs économiques et sociaux d'avenir.
- 5 - S'adapter à l'évolution du rôle de l'État et des collectivités territoriales, en être les partenaires, mais non les assistés ou les sujets.
- 6 - Elargir leur action à l'espace européen, ce qui implique le resserrement de leurs liens avec les coopératives, associations et mutuelles des autres pays de la Communauté, la mise en place de statuts européens adaptés ainsi que le fonctionnement d'une institution représentative européenne.
- 7 - Développer leur action en faveur des pays du Sud et concourir à l'évolution des pays de l'Europe centrale et orientale.

Les coopératives, associations et mutuelles se sont déjà largement engagées sur ces voies.

Cet engagement se veut fidèle aux principes qui les animent. Elles rappellent que leur objectif est de réaliser la rentabilité sociale et pas seulement économique, d'être au service du plus grand nombre, de dégager des bénéfices au profit de tous et non de quelques uns, de développer la solidarité et la justice sociale pour aider à l'émancipation de l'Homme.

En tout état de cause, elles ne pourront poursuivre leur route que si elles sont assurées que les autorités publiques ont pleinement conscience tant de leurs spécificités que de la qualité de leur contribution à la cohésion du tissu économique et social français, au moment où celui-ci affronte les mutations plus importantes qu'il ait connues depuis longtemps.

Soucieuses de maintenir leur vocation propre et leur éthique, elles demandent que soit écartée toute mesure qui, sous couleur de banalisation, mettrait en cause leur logique interne et les particularités qui en découlent. Elles demandent donc que ces particularités soient intégralement prises en compte dans la rédaction des textes régissant notre vie économique et sociale et que soit à cette fin mis en place un dispositif d'évaluation et d'impact. Elles estiment qu'il faut développer la richesse que représente la diversité des formes d'entreprises du pays, ce qui suppose :

- une législation et une réglementation adaptées et valorisant cette diversité ;
- la formation initiale et continue, la connaissance et la pratique de l'économie sociale dans les cursus scolaires et universitaires.

Mais parallèlement, elles souhaitent développer avec l'État et les collectivités territoriales un partenariat fondé sur leur capacité à participer aux objectifs d'intérêt général que s'assignent les autorités publiques.

Persuadées d'avoir un grand rôle à jouer dans la société française pour relever les défis que lui lance la fin du XX^e siècle et l'entrée dans le XXI^e siècle, les entreprises de l'économie sociale sont ouvertes au dialogue avec toutes forces économiques, sociales et politiques du pays.

Paris, le 10 mai 1995

KPMG en un regard

Premier groupe français d'audit, de conseil et d'expertise comptable.

Notre réseau Économie Sociale et Solidaire

Les 400 collaborateurs de KPMG du réseau Économie Sociale et Solidaire sont des professionnels du conseil et de l'audit intervenant pour des structures portant sur des activités telles que :

- > l'accompagnement social de la personne,
- > l'éducation, la formation et la recherche,
- > l'habitat social,
- > le social et médico-social...

Nos métiers, nos marchés

KPMG accompagne les sociétés cotées et groupes internationaux dans le cadre de missions d'Audit, de Conseil financier (Acquisitions - Cessions, Introduction en bourse...) et de Conseil en management.

Le cabinet intervient auprès des PME, ETI, groupes familiaux, TPE, artisans, commerçants et professions libérales pour les accompagner à chaque étape de leur développement : expertise comptable, certification des comptes, aide à la création, évaluation, gestion sociale, transmission, conseil patrimonial, juridique et fiscal...

KPMG apporte également son expertise aux acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire, au Secteur public, à l'État et aux collectivités territoriales sur des sujets aussi variés que l'information financière, la gouvernance, l'évaluation, le pilotage, le contrôle interne ou externe...

Chiffres clés

KPMG en France

- > **217** implantations
- > **8 300** salariés
- > Chiffre d'affaires : **894** millions d'euros

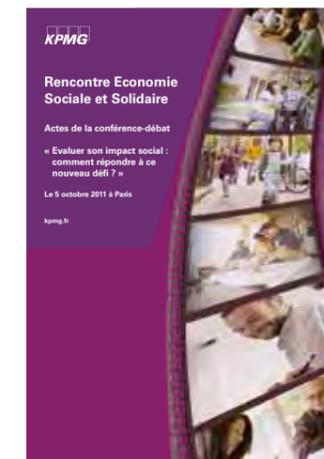
KPMG en France compte plus de 70 000 clients parmi lesquels :

- > **200** sociétés cotées ou entités d'intérêt public
- > **Près de 30%** des PME de plus de 50 salariés
- > **6 000** références dans les collectivités publiques
- > **6 300** associations et acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire
- > **47 000** artisans, commerçants, TPE et professions libérales

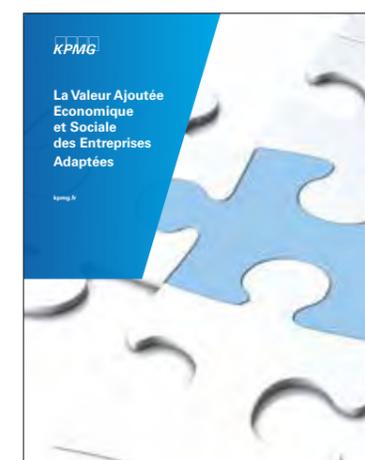
Les publications de KPMG sur le secteur du social et médico-social



Observatoire des EHPAD, 2013



Actes de la conférence « Évaluer son impact social : comment répondre à ce nouveau défi ? » 2011



Étude « La Valeur Ajoutée économique et sociale des Entreprises adaptées » 2011



Étude KPMG International «An Uncertain Age» avec la Lien Foundation 2013

Remerciements

Cette étude a été réalisée par KPMG sous la direction de Bernard Bazillon, Directeur National Économie Sociale et Solidaire, et Irène Scolan, Directrice Adjointe, avec le concours du cabinet ODIS (Observatoire de l'intelligence sociale) et de Scribes XXI. L'élaboration des travaux a été assurée par Eve Durquety et Maud Le Bolloch, KPMG.

Nous remercions plus particulièrement les acteurs et observateurs du secteur social et médico-social qui ont accepté d'être interviewés en 2011 pour mener à bien cette étude :

Hubert Allier - Directeur de l'UNIOPSS

Luc Blond - Directeur général de Mutualité retraite - Harmonie Mutualité

Philippe Calmette - Directeur général de la FEGAPEI

David Causse - Coordonnateur du Pôle Santé-Social
Directeur du Secteur Sanitaire - FEHAP

Rosemary Cousseau - Logement Foyer Tapon

Philippe Da Costa - Directeur de la vie associative de la Croix Rouge

Chantal de Poo - Directrice de l'EHPAD public du Moulin Rouge

Francis Guiteau - Directeur du pôle handicap-Harmonie Mutualité

Christine Guintard - Directrice EHPAD public La Vigne aux roses

Jean-Pierre Hardy - Chef de service de l'assemblée des départements de France (ADF)

Maryvonne Lyazid - Adjointe du Directeur général de la
Fondation des Caisses d'épargne pour la solidarité

Thierry Nouvel - Directeur général de l'UNAPEI

Serge Raguideau - Directeur général de l'AVVEJ

Jean-Louis Sanchez - Délégué général de l'ODAS

Patrick Scaufflaire - Directeur général adjoint de la Fondation d'Auteuil

Fondation Terranova

Jean-François Vitoux - Président du Directoire du groupe
DomusVi

La Ville de La Roche-sur-Yon

Ainsi que les **235 organisations du secteur social et médico-social** qui ont accepté de répondre à notre enquête en ligne.



Contacts

KPMG
3 cours du Triangle
Immeuble Le Palatin
92939 La Défense Cedex

Bernard Bazillon

Associé, Directeur National Économie Sociale et Solidaire

Tél. : +33 (0)1 55 68 94 59

E-mail : bbazillon@kpmg.fr

Irène Scolan

Directrice Nationale Adjointe Économie Sociale et Solidaire

Tél. : +33 (0)1 55 68 94 59

E-mail : iscolan@kpmg.fr

kpmg.fr



Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est une société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes à directoire et conseil de surveillance au capital social de 5 497 100 euros. 775 726 417 RCS Nanterre. Siège social : Immeuble Le Palatin, 3 cours du Triangle, 92939 Paris La Défense Cedex. KPMG S.A. est membre du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative (« KPMG International »), une entité de droit suisse. KPMG International ne propose pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2013 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse. Tous droits réservés. Le nom KPMG, le logo et « cutting through complexity » sont des marques déposées ou des marques de KPMG International. Imprimé en France. Conception - Réalisation : Direction Communication Corporate - Studio KPMG - Décembre 2013. Crédits photographiques : © Shutterstock, © iStock.